

University of Dundee

Assessment of community health fund, Public Health Region 11, to support the next phase of policy making

Phenwan, Tharin; Saengow, Udomsak; Ketwongkot, Tanai; Laohaprapanon, Apinya; Asksonthong, Ruttiya

Published in:
Health System Research Institute (HSRI)

Publication date:
2018

Licence:
CC BY-NC-SA

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Discovery Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Phenwan, T., Saengow, U., Ketwongkot, T., Laohaprapanon, A., & Asksonthong, R. (2018). Assessment of community health fund, Public Health Region 11, to support the next phase of policy making: 11 . In Health System Research Institute (HSRI): (.) (pp. 1-119) <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5005>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in Discovery Research Portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from Discovery Research Portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



รายงานฉบับสมบูรณ์

การประเมินนโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 11
เพื่อสนับสนุนการดำเนินนโยบายในระยะถัดไป

Assessment of community health fund, Public Health Region 11, to support
the next phase of policy making

โดย

อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว

Udomsak Saengow

ธารินทร์ เพ็ญวรรณ

Tharin Phenwan

ธัญญ์ เกตวงกต

Tanai Ketwongkot

อภิญา เลหาประภานนท์

Apinya Laohaprapanon

รัตติยา อักษรทอง

Ruttiya Asksonthong

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยระบบสุขภาพและการแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

Center of Excellence in Health System and Medical Research (CE-HSMR)

Walailak University

กันยายน 2561

September 2018

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นขอ
ผู้วิจัย มิใช่ ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายงานฉบับสมบูรณ์

การประเมินนโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 11
เพื่อสนับสนุนการดำเนินนโยบายในระยะถัดไป

Assessment of community health fund, Public Health Region 11, to support
the next phase of policy making

โดย

อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว

Udomsak Saengow

ธารินทร์ เพ็ญวรรณ

Tharin Phenwan

ธัญญ์ เกตวงกต

Tanai Ketwongkot

อภิญา เลหาประภานนท์

Apinya Laohaprapanon

รัตติยา อักษรทอง

Ruttiya Asksonthong

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยระบบสุขภาพและการแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

Center of Excellence in Health System and Medical Research (CE-HSMR)

Walailak University

กันยายน 2561

September 2018

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นขอ
ผู้วิจัย มิใช่ ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ทางคณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพที่ 11 และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เขต 11 ที่อำนวยความสะดวกในการลงเก็บข้อมูลแก่ทีมวิจัย ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการนโยบายนโยบายกองทุนสู่การปฏิบัติ และการช่วยให้ความเห็นในการปรับปรุงผลการวิจัยในเบื้องต้นให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และสำนักวิชาแพทยศาสตร์ที่ให้การสนับสนุนคณะผู้วิจัย ทั้งการยินยอมให้ผู้วิจัยจัดสรรเวลาในการทำวิจัย และระบบการจัดการงบประมาณทุนวิจัยภายนอกที่ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถบริหารจัดการงบประมาณในการทำวิจัยได้อย่างราบรื่น

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อทำงานวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยเชื่อว่ารายงานฉบับนี้จะได้นำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนา นโยบายนโยบายกองทุนฯ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนไทยต่อไป

คณะผู้วิจัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

นโยบายทางด้านสุขภาพในประเทศไทย ได้ใช้แนวคิดในการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่นตามที่ระบุอยู่ใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47 และ พ.ร.บ. กระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 โดยเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนั้น จึงได้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนฯ) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ในปี พ.ศ. 2545

กองทุนฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการบริการสาธารณสุข โดยสนับสนุนและส่งเสริมให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขในพื้นที่ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชน เน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก

กองทุนฯ ได้ดำเนินการมาแล้ว 15 ปี และพบปัญหา คือ อปท. ขาดความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการโครงการ ขาดเครื่องมือในการบริหารจัดการกองทุนโดยเฉพาะด้านการเงินและบัญชี ทำให้เกิดการส่งรายงานล่าช้า ขาดเครื่องมือที่ใช้ติดตามประเมินผล แปลผลการดำเนินงานทั้งด้านการเงินบัญชี โครงการ และข้อมูลพื้นฐาน นอกจากปัญหาในการบริหารจัดการกองทุนข้างต้นยังมีปัญหาสำคัญของกองทุน คือ การเหลื่อมงบประมาณกองทุนฯ สสมรต่อการเบิกจ่ายจาก อปท. ทั่วประเทศรวมหลายพันล้านบาท ซึ่งบ่งบอกถึงการดำเนินการที่ทำได้ไม่เต็มศักยภาพ จึงนำไปสู่คำถามวิจัยหลักที่ว่า ควรมีการส่งเสริมให้มีการใช้นโยบายกองทุนฯ ต่อไปอีกหรือไม่? และมีปัจจัยใดที่ส่งผลต่อความสำเร็จของกองทุนฯ

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในขั้นต้นจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทุติยภูมิผลการดำเนินงานกองทุนจาก สปสช. เขต 11 ขึ้นตอนต่อไป คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ของ สปสช. เขต 11 ที่มีหน้าที่ดูแลงานด้านกองทุนฯ จำนวน 4 คน หลังจากนั้น ทีมวิจัยลงพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการกองทุนฯ จำนวน 10 พื้นที่ พื้นที่ละ 6 ราย คือ ตัวแทนกรรมการจาก อปท. ตัวแทนกรรมการจากภาคประชาชน และตัวแทนกรรมการจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และตัวแทน 3 ฝ่ายดังกล่าวที่ไม่ได้เป็นกรรมการกองทุน รวมทั้งสิ้น 60 คน (สัมภาษณ์ได้จริง 57 คน) การเลือกพื้นที่ตัวอย่างได้สุ่มเลือกกองทุนฯ ในเขตพื้นที่ภาคใต้ตอนบนชายฝั่งทะเลตะวันออก จำนวน 5 แห่ง และชายฝั่งทะเลตะวันตก จำนวน 5 แห่ง รวม 10 แห่ง ซึ่งใน 10 แห่งนี้ เป็นกองทุนที่มีการดำเนินงาน performance ดี 5 แห่ง และ performance ไม่ดี 5 แห่ง และมีการเก็บข้อมูลเชิงสำรวจจากประชาชนในพื้นที่ที่ถูกสุ่มเป็นพื้นที่ตัวอย่างพื้นที่ละ 35 คน รวม 10 พื้นที่ ได้กลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงสำรวจ ทั้งสิ้น 350 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มจากทะเบียนราษฎร์ รายชื่อประชากรที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ไม่ได้ทำงานให้กับ อปท. หน่วยงานฝ่ายปกครองในพื้นที่หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ หลังมีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นแล้วทีมวิจัยได้จัดประชุมคืบ

ผลการวิจัยขั้นต้นให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2561 มีการนำเสนอผลการวิจัยเบื้องต้นให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งจาก สปสช. ภาคประชาชน อปท. หน่วยงานสาธารณสุข และ สวรส. ซึ่งมีการนำเสนอผลการวิจัยและเปิดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เชิญเข้าร่วมการประชุมให้ความเห็นเพิ่มเติม ซึ่งได้ให้ข้อมูลที่เป็นผลการวิจัยเพิ่มเติม และข้อเสนอแนะในแง่มุมต่างๆ ซึ่งส่วนหนึ่งถูกนำมารวบรวมและสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะของงานวิจัยขั้นนี้

ผลการวิจัยพบว่า ความสำเร็จของนโยบายกองทุนฯ ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา คือ ผู้เกี่ยวข้องทุกกลุ่มเห็นว่าการมีโครงการดำเนินงานกองทุนฯ ต่อไป (ทั้งการสัมภาษณ์และการสำรวจ) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนที่เพิ่มขึ้นในการทำโครงการเกี่ยวกับสุขภาพจากการจัดทำโครงการที่ใช้เงินกองทุนฯ การเข้ามามีบทบาทที่ชัดเจนขึ้นของ อปท. ต่อการดูแลสุขภาพประชาชน (ผลจากการสำรวจ กลุ่มตัวอย่างระบุว่า อปท. เป็นผู้จัดกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพในพื้นที่สูงที่สุด มากกว่า รพ.สต.) โดยที่หน่วยงานสาธารณสุขค่อยๆ ขยับบทบาทเป็นที่ปรึกษาให้แก่ อปท.

อุปสรรคที่ต้องมีการปรับปรุงแก้ไข คือ การที่มีเงินคงเหลือในกองทุนฯ ทั่วประเทศกว่า 4,000 ล้านบาท และในเขตสุขภาพที่ 11 กว่า 500 ล้านบาท (ข้อมูลปีงบประมาณ 2560) โดยปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้จ่ายเงินกองทุนฯ ได้แก่ ภาระเบี้ยบะที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะด้านการเงินและการตรวจสอบโดย สตง. การไม่ให้ความสำคัญของผู้บริหาร อปท. การเขียนโครงการเพื่อขอใช้งบประมาณกองทุนฯ การที่ประชาชนไม่รู้จักรองทุนฯ การมีอยู่ของแหล่งทุนอื่นในพื้นที่ และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ เช่น หมู่เกาะ ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมการใช้งบประมาณของกองทุนฯ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การให้ความสนใจในกองทุนฯ ของผู้บริหาร อปท. การมีระบบกลั่นกรองและช่วยเหลือภาคประชาชนในการเขียนโครงการ การจัดให้มีบุคลากรประจำในการบริหารจัดการกองทุนฯ และความเข้าใจในระเบียบการใช้จ่ายเงินกองทุนฯ ของกรรมการกองทุนฯ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ยังมีประเด็นอื่นๆ ที่น่าสนใจที่ค้นพบจากการเก็บข้อมูล ได้แก่ รูปแบบโครงการที่คล้ายคลึงกันระหว่างพื้นที่เนื่องจากยึดเอาโครงการตัวอย่าง 40 โครงการที่ สปสช. ให้ไว้ ทำให้ขาดความสร้างสรรค์ในการจัดทำโครงการ การที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่รู้จักรองทุนฯ จากความสับสนชื่อกองทุนฯ กับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การที่ อปท. ขนาดเล็กไม่สามารถจ้างบุคลากรมารับผิดชอบงานกองทุนฯ ได้แบบเต็มเวลา การที่ อปท. ส่วนใหญ่มองว่านโยบายเกี่ยวกับสุขภาพไม่สามารถเพิ่มค่านิยมได้ในขณะที่ สปสช. และ สตง. มองว่าไม่ควรให้ อปท. ใช้นโยบายกองทุนฯ มาเพิ่มค่านิยมให้ตนเอง (การวิเคราะห์เชิงปริมาณพบความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจต่อการทำงานของ อปท. กับการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และการใช้งบประมาณกองทุนฯ) และการที่ภาคเอกชนในชุมชนบางแห่งทำการระดมทุนเพื่อซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยในชุมชนใช้เนื่องจากไม่สามารถใช้เงินกองทุนฯ ได้เพราะข้อจำกัดด้านการใช้จ่ายเงินกองทุนฯ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายมีอยู่ด้วยกัน 7 ประเด็น คือ 1) แก้ไขปัญหาเรื่องกฎ ระเบียบ 2) สร้างแรงจูงใจให้ผู้บริหาร อปท. ใช้งบประมาณจากกองทุนฯ 3) การบริหารจัดการกองทุนฯ ด้านการเขียนโครงการ

เพื่อรองรับงบประมาณสนับสนุน 4) การประชาสัมพันธ์กองทุนฯ 5) การลดข้อจำกัดในการซื้อครุภัณฑ์ 6) การวางแผนการจัดทำโครงการในเชิงระบบ 7) การจัดทำให้องค์กรต่าง ๆ มีความเท่าเทียมกันมากขึ้น

แบ่งรายละเอียดข้อเสนอแนะตามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีอำนาจควบคุมปัจจัยดังกล่าว คือ

1) ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการกองทุนฯ คือ

- อปท. สามารถออกระเบียบเกี่ยวกับการใช้งบประมาณกองทุนในลักษณะเทศบัญญัติตามอำนาจหน้าที่ของ อปท. เพื่อใช้อำนาจในการตรวจสอบการใช้งบประมาณ
- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามาใช้งบประมาณจากกองทุนฯ ในการจัดทำโครงการ
- การจัดสรร/จัดหาบุคลากรมารับผิดชอบในการบริหารจัดการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกองทุนฯ โดยใช้งบประมาณ ส่วนบริหารจัดการร้อยละ 15 ของรายรับ
- มีอนุกรรมการกลั่นกรองโครงการที่ทำหน้าที่ทั้งกลั่นกรอง และช่วยเหลือผู้เสนอโครงการในการเขียนหรือปรับปรุงโครงการให้เป็นไปตามรูปแบบและระเบียบ
- บุคลากรของ อปท. ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกองทุนฯ ต้องทำความเข้าใจในกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
- คณะกรรมการกองทุนฯ ควรจัดอบรมวิธีการเขียนโครงการให้แก่ภาคประชาชนในพื้นที่เป็นระยะๆ โดยอาจใช้ต้นแบบจากโครงการในพื้นที่ เช่น โครงการกระดาดแผ่นเดียว โครงการ Smart key man เป็นต้น

2) ข้อเสนอแนะต่อภาครัฐนอกจากคณะกรรมการกองทุนฯ คือ

- สปสช. ควรออกระเบียบการใช้จ่ายเงินที่มีรายละเอียดเฉพาะกับการใช้งบประมาณกองทุนฯ และต้องเพียงพอเพื่อใช้อำนาจในการตรวจสอบโดย สตง. เพื่อลดการใช้ดุลยพินิจของ สตง.
- จัดให้มีการหารือกันอย่างสม่ำเสมอระหว่าง สปสช. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และ สตง. โดยต้องนำแนวทางจากการหารือส่งต่อให้แก่บุคลากรระดับปฏิบัติการ
- เปิดกว้างให้ อปท. เชื่อมโยงการดำเนินโครงการจากงบประมาณกองทุนฯ เข้ากับการได้คะแนนนิยมทางการเมืองได้ในระดับที่เหมาะสมตรงกับแรงจูงใจของผู้บริหารท้องถิ่น
- สปสช. ระดับเขต จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพการเขียนโครงการให้แก่ภาคส่วนต่างๆ ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการเสนอโครงการ
- การเปลี่ยนชื่อกองทุนฯ โดยใช้คำที่เข้าใจง่าย และไม่คล้ายหรือซ้ำซ้อนกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ซึ่งก่อให้เกิดความสับสนแก่ประชาชน และจะทำให้กองทุนฯ เป็นที่รู้จักมากขึ้น
- ระเบียบการใช้งบประมาณกองทุนฯ ควรเปิดช่องทางให้สามารถจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือฟื้นฟูสมรรถภาพโดยอาจใช้การรับรองจากแพทย์หรือหน่วยงานทางสาธารณสุขมาประกอบ

- สปสช. ควรให้ข้อมูลและส่งเสริมให้เกิดโครงการขนาดใหญ่ผลกระทบสูงที่สามารถใช้งบประมาณจากกองทุนฯ ได้
- พิจารณาความเป็นไปได้ในการถ่ายโอนภารกิจ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการปฐมภูมิเชิงรุก ให้แก่ อปท. เป็นผู้รับผิดชอบหลักหาก อปท. มีศักยภาพ
- การรวบรวมกองทุนที่มีรายรับต่อปีงบประมาณ (ไม่รวมงบประมาณคงเหลือสะสม) ต่ำกว่า 800,000 บาท ในพื้นที่ใกล้เคียงกันไว้ด้วยกันเพื่อให้งบประมาณส่วนการบริหารจัดการสามารถจ้างบุคลากรมารับผิดชอบงานกองทุนฯ เต็มเวลาได้น้อย 1 คน
- สปสช. ควรร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นในการระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการบริหารจัดการกองทุนในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น หมู่เกาะ เนื่องจากภูมิประเทศเป็นอุปสรรคให้ไม่สามารถบริหารจัดการกองทุนฯ เหมือนกับพื้นที่ทั่วไปได้

3) ปัจจัยนอกเหนือกลไกของรัฐโดยตรง คือ

- การให้ความรู้เกี่ยวกับกองทุนให้แก่ผู้นำชุมชนที่ไม่ได้อยู่ภายใต้กลไกภาครัฐ เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำศาสนา เพื่อให้ท่านเหล่านั้นได้ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ แนะนำประชาชน หรือเป็นผู้จัดทำโครงการโดยใช้เงินจากกองทุน ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการใช้งบประมาณจากกองทุนฯ มากยิ่งขึ้น
- ในพื้นที่ที่มีแหล่งทุนอื่นๆ สปสช. หรือ อปท. ควรเข้าหาแหล่งทุนดังกล่าวเพื่อให้ทราบว่าในพื้นที่มีกองทุนฯ อยู่และหาหรือเพื่อให้ร่วมกันสนับสนุนงบประมาณในการจัดโครงการเกี่ยวกับสุขภาพในพื้นที่ในลักษณะที่เติมเต็มกัน โดยงบประมาณจากแหล่งทุนเอกชนใช้ในกรณีที่การใช้จ่ายเงินกองทุนฯ ไม่สามารถใช้ได้ หรือมีความยุ่งยาก

คำสืบค้น: กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น, การกระจายอำนาจ, การประเมินนโยบาย, เขตสุขภาพ
ที่ 11

Executive summary

The implementation of decentralization concept under Thai health policy follows the National Health Security Act B.E. 2545 (2002) and Determining Plans and Process of Decentralization to Local Government Organization Act, B.E.2542 (1999). Community health funds (CHF) have been set up by National Health Security Office (NHSO), Ministry of Public Health, and Department of Local Administration, Ministry of Interior at the subdistrict level, emphasizing on participatory process.

CHF primarily aims to support health-related activities done by communities and organizations based on community demand and readiness. CHF can be used for health promotion, prevention, rehabilitation, and proactive primary healthcare.

During 15 years of implementation, several challenges have been emerged. Many subdistrict administration organizations (SAO) lack of understanding of the rules for project administration. Budget management tools are also lacking entailed delay in submitting an annual report. Project evaluation is not well established. Moreover, substantial amount of budget, which was supposed to be nearly used up every fiscal year, was left in CHF summed up to thousands million Thai baht. This reflected that CHF was underutilized. This study aimed to answer whether CHF should be continued and what are factors associated with utilization of CHF.

This study was a mixed-methods study conducted in the Public Health Region 11 (upper southern Thailand). First, tertiary data from NHSO region 11 was analyzed to provide an overview of the regional situation. Afterwards, interviews were conducted; interviewees included NHSO region 11 personnel and subjects from 10 subdistricts (6 subjects for each subdistricts: 3 CHF committee and 3 non-CHF committee). We were able to complete 57 of 60 planned interviews from the subdistricts. Among 10 subdistricts, 5 were selected from the eastern coast; other 5 were selected from the western coast with mixing between good and bad performance CHF of those subdistricts. Two subjects from a provincial state audit office were also interviewed. Moreover, a population survey was conducted in those 10 subdistricts. The sample size was 350 (35 subjects from each subdistrict). Subjects were residents of each subdistrict aged 18 years and above who did not work with SAO or public health centers/hospitals. Preliminary results were presented to stakeholders including NHSO,

SAO, community members, public health officers, and HSRI on 28th June 2018. Discussion during the presentation were recorded, analyzed, and included in the final report.

All stakeholders agreed that CHF policy should be continued. CHF encouraged more community members to participate in health-related activities. SAO increasingly involved in public health activities in their communities. Public health personnel gradually became advisors to SAO on public health issues.

A major challenge was considerable budget left in CHF from all over the country (4 billion Thai baht) and 500 million was left in CHF of region 11 in 2018. Important contributing factors to the challenge were rules and regulations, audits by state audit office, SAO executive non-interest in health issues, lack of competency in writing project proposals, communities members had not aware of CHF, alternative funding sources, and special features of areas such as islands.

Other interesting findings included similarity between activities done by each CHF, majority of community members did not know CHF, small subdistricts could not hire full-time staff to take care of CHF, local politicians in SAO perceived that health-related activities did not contribute to their popularity, and private fund-raising was done to finance health devices, which could not purchase using CHF. Activities were similar between subdistricts because they followed sample projects in an NHSO manual. They followed because they did not want to face problems when state audit office audited their annual budget report. The audit became a major obstacle for utilizing CHF because they come with a mindset that SAO always corrupts. This made SAO did not want to do anything different from the manual, which increased the risk of being considered corrupt. In Thai language, CHF and universal health coverage policy had slightly different names. This confused people and made CHF less known. Too strict regulations made purchasing health devices using CHF almost impossible.

In summary, policy recommendations for seven issues were proposed: revision of rules and regulations, motivating SAO executives to utilize CHF, facilitating proposal writing skills, promoting CHF to public, allowing CHF to be used for health devices, strategic planning of CHF utilization, and decreasing difference in size of SAO.

Recommendations can be grouped into three categories based on those who are responsible for each recommendation.

1) Recommendations for CHF committee:

- SAO can issue local regulations, which could be used as reference for audit.
- Promoting CHF to public
- Hiring at least one full-time staff to be primarily responsible for CHF
- Setting up sub-committee to screen and facilitate writing project proposal to utilize CHF
- SAO staff responsible for CHF has to study and understand CHF-related regulations.
- CHF committee should organize training on proposal writing to community members.

2) Recommendations for government agencies beyond CHF committee:

- NHSO should issue a CHF budget use guideline, which has sufficient detail to use as reference for audit.
- Frequent periodic meeting between NHSO, Department of Local Administration, and state audit office; consensus from the meeting must be forward to staff at the operation level
- Changing attitude that CHF should not be used to increase popularity of local politicians who are members of SAO
- Regional office of NHSO should organize a workshop on proposal writing for government or non-government organization.
- Changing the Thai name of CHF to decrease confusion between CHF and universal health coverage policy
- Revision of CHF regulations to be able to use for purchasing health devices as appropriate
- NHSO should inform SAO and promote utilizing CHF for high-budget high-impact projects
- Consider transferring health promotion, prevention, rehabilitation, and primary care duties from MoPH to SAO
- Merging CHFs that have annual revenue < 800,000 Thai baht to form a new CHF that has sufficient budget to hire at least one full-time staff to be responsible for CHF
- NHSO should discuss with Department of Local Administration on how CHF should be managed in some area with special features like a subdistrict covering many islands.

3) Recommendations for factors beyond the control of government:

- Engaging formal and informal community leaders and influencers to participate and promote activities funded by CHF
- Strategically approach alternative sources of funding in communities to provide complementary role for CHF

Keyword: community health fund, decentralization, policy assessment, Public Health Region

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	1
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.....	2
สารบัญ	10
สารบัญตาราง	12
สารบัญรูปภาพ.....	13
บทนำ.....	14
หลักการและเหตุผล	14
ทบทวนวรรณกรรม	17
การกระจายอำนาจของประเทศไทย	17
ระบบสวัสดิการชุมชนของประเทศไทย	17
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	20
ตัวอย่างกองทุนเกี่ยวกับสุขภาพในระดับท้องถิ่นในต่างประเทศ	25
วัตถุประสงค์	26
ระเบียบวิธีวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล	27
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	27
ขั้นตอนการดำเนินงาน	31
ผลการศึกษา	40
ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก/อภิปรายกลุ่ม	40
ผลจากการสำรวจในกลุ่มประชาชนทั่วไป.....	61
สรุป ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อจำกัดของงานวิจัย.....	74
สรุปผลการวิจัย	74
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	76
ข้อจำกัดของงานวิจัย	82

บรรณานุกรม	83
ภาคผนวก	86
ภาคผนวก 1 โครงการตัวอย่างของ สปสช. 41 โครงการ	86
ภาคผนวก 2 ข้อมูลจากการสำรวจแยกตามพื้นที่	91
ภาคผนวก 3 รายชื่อแหล่งงบประมาณอื่นๆ ในพื้นที่	98
ภาคผนวก 4 ตัวอย่างโครงการบริหารจัดการกองทุน	99
ภาคผนวก 5 ตัวอย่างโครงการงบประมาณเกิน 100,000 บาท 1.....	105
ภาคผนวก 6 ตัวอย่างโครงการงบประมาณเกิน 100,000 บาท 2.....	111

สารบัญตาราง

ตาราง 1 พื้นที่ตัวอย่างของงานวิจัย.....	32
ตาราง 2 สรุประเบียบวิธีวิจัยและตัวแปรที่ใช้ในการเก็บข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย	33
ตาราง 3 สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่าง.....	38
ตาราง 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	61
ตาราง 5 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	63
ตาราง 6 รูปแบบกิจกรรมและพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมจากกองทุนฯ.....	65
ตาราง 7 ความคิดเห็นต่อการดำเนินการกองทุนฯ.....	68
ตาราง 8 จำนวนกองทุนฯ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 และรายรับปีงบประมาณ 2560.....	70
ตาราง 9 สถานการณ์งบประมาณกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2560 (ทั่วประเทศ และเขตสุขภาพที่ 11).....	71
ตาราง 10 การใช้งบประมาณตามประเภทกิจกรรม.....	71
ตาราง 11 ค่า correlation coefficient ระหว่างตัวแปรจากการทำสำรวจและข้อมูลสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณ.....	73
ตาราง 12 รูปแบบกิจกรรมและพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมจากกองทุนฯ แยกตามพื้นที่.....	91
ตาราง 13 ความคิดเห็นต่อการดำเนินการกองทุนฯ แยกตามพื้นที่.....	94

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	28
รูปภาพ 2 Expanded chronic care model.....	29
รูปภาพ 3 Literature map แสดง ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการนำนโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพใน ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ไปปฏิบัติ.....	30

บทนำ

หลักการและเหตุผล

หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 ถึงช่วงก่อน พ.ศ. 2535 ประเทศไทยมีรูปแบบการกระจายอำนาจทางการเมืองการปกครองเป็นแบบมาตยาธิปไตย (bureaucratic polity) คือ รูปแบบที่กลุ่มข้าราชการประจำเป็นกลุ่มที่ถืออำนาจทางการเมือง ซึ่งแม้จะมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เกิดขึ้นแล้ว เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด แต่องค์กรเหล่านี้ยังคงมีอำนาจหน้าที่ที่จำกัดและถูกควบคุมโดยข้าราชการประจำ ช่วงหลังปี พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2540 มีความเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อการปฏิรูปเพื่อเปลี่ยนผ่านไปสู่การกระจายอำนาจ เช่น มีการตรา พ.ร.บ. สถาปนาและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ถือว่าประเทศไทยเข้าสู่ยุคการกระจายอำนาจอย่างเป็นระบบพร้อมกับการตรารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 (1, 2)

สำหรับนโยบายทางด้านสุขภาพในประเทศไทย ได้ใช้แนวคิดในการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่นเช่นกัน ซึ่งแนวคิดการกระจายอำนาจนี้ได้ถูกแสดงเป็นรูปธรรมอยู่ใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47 นอกจากนี้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 มาตรา 51 กำหนดไว้ว่าบุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน มาตรา 80 (2) ที่กำหนดให้รัฐส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน และ พ.ร.บ. กระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เพื่อเน้นพัฒนาการพัฒนาระบบสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น โดยเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ในทางปฏิบัติได้มีการจัดตั้ง กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ในปี พ.ศ. 2545 (3)

กองทุนฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข สนับสนุนและส่งเสริมให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขในพื้นที่ โดยให้ท้องถิ่นหรือพื้นที่มีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชน โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ (3)

เพื่อดำเนินงานได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กองทุนฯ มีองค์ประกอบ ดังนี้ คณะกรรมการกองทุน เงินของกองทุน แผนงานหรือโครงการ การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ระบบรายงานของกองทุน และการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน (3) กองทุนฯ ได้ดำเนินการมาแล้ว 15 ปี และพบปัญหา คือ อปท. ขาดความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการโครงการ ขาดเครื่องมือในการบริหารจัดการ

กองทุนโดยเฉพาะด้านการเงินและบัญชี ทำให้เกิดการส่งรายงานล่าช้า ขาดเครื่องมือที่ใช้ติดตามประเมินผล แปลผลการดำเนินงานทั้งด้านการเงินบัญชี โครงการ และข้อมูลพื้นฐาน

หลังพบปัญหา สปสช. และ อปท. จึงมีความพยายามในการพัฒนาศักยภาพการจัดการกองทุนโดยใช้รูปแบบกิจกรรม คือ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ Monitoring & Evaluation พัฒนากองทุนให้เป็นศูนย์เรียนรู้ระดับพื้นที่ และการกำหนดเกณฑ์สำหรับการติดตามประเมินผล โดยกำหนดเป็นคะแนนในแต่ละหมวดหมู่ ประเมินการบริหารจัดการกองทุน การมีส่วนร่วม ผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยมีแนวทางการประเมิน คือ สัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ เช่น นายก อบต. หัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ฯลฯ รายงานจำนวนครั้งที่ประชุม และเนื้อหาารายงานประชุม (3) ภายหลังการพัฒนาศักยภาพการจัดการกองทุนหลายพื้นที่ ที่มีแนวโน้มการทำงานที่ดีขึ้น โดยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลเสริมการทำงานได้แก่ การบริหารจัดการที่ดี ภาวะผู้นำที่สูง การมีส่วนร่วมของชุมชน และการเข้าถึงปัญหาชุมชน (4-6) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน ได้แก่ การขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (5) การขาดงบประมาณ (7, 8) การขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจและมีส่วนร่วม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ขาดความรู้ความเข้าใจต่อแนวคิดและวัตถุประสงค์ของกองทุน และการขาดทักษะในการจัดทำแผนงาน/โครงการ (8) ถึงแม้ว่าได้ค้นพบปัจจัยที่ส่งผลบวกและลบหลายปัจจัยก็ยังพบว่ามียังอีกหลายปัจจัยที่ยังขาดการประเมินหาความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อการดำเนินการ เช่น ทักษะคนในพื้นที่ต่อ อปท. รวมไปถึงกระบวนการคัดเลือกคณะกรรมการว่ามีหลักการคัดเลือกคุณสมบัติอย่างไร รวมไปถึงการป้อนข้อมูลย้อนกลับไปถึงระดับผู้กำหนดนโยบาย

นอกจากปัญหาในการบริหารจัดการกองทุนข้างต้นยังมีปัญหาสำคัญของกองทุน คือ การเหลื่อมงบประมาณกองทุนฯสะสมรอการเบิกจ่ายจาก อปท. ทั่วประเทศรวมแล้วกว่า 7,000 ล้านบาท สาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องจากที่ผ่านมาได้เกิดการท้วงติงจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ถึงหลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงินกองทุนท้องถิ่นว่าต้องยึดตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย แต่ในอดีต เมื่อปี 2550 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจะเคยมีประกาศให้ดำเนินการตามระเบียบของ สปสช. ท้องถิ่นเกิดความสับสนในหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายจึงหลีกเลี่ยงไม่ใช้เงินจากกองทุนนี้ทำให้มีเงินกองทุนเหลือจำนวนมาก (9) นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบว่ายังไม่มีมีการประเมินถึงความต้องการสนับสนุนทางการเงินในท้องถิ่นว่า งบประมาณจัดสรรที่ได้ มีความเพียงพอหรือไม่ อย่างไร

โดยหลักการแล้ว การจัดตั้งกองทุนฯ เป็นหนึ่งในนโยบายเพื่อส่งเสริมการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น ถือเป็นหนึ่งในนวัตกรรมเชิงนโยบายที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น และลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพโดยใช้กลไกระดับพื้นที่ แต่จากการดำเนินการมาเป็นเวลา 15 ปี กองทุนก็ประสบปัญหาต่างๆ ซึ่งแม้จะมีความพยายามแก้ไขปัญหาไปแล้วก็ยังมียังมีงบประมาณกองทุนที่ยังไม่ได้นำไปใช้เป็นจำนวนหลายพันล้านบาทซึ่งบ่งบอกถึงการดำเนินการที่ทำได้ไม่เต็มศักยภาพ จึงนำไปสู่คำถามวิจัยหลักที่ว่า ควรมีการส่งเสริมให้มีการใช้นโยบายกองทุนฯต่อไปอีกหรือไม่? และมีคำถามวิจัยย่อย คือ การดำเนินงานในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา ก่อให้เกิดผลลัพธ์ และผลกระทบต่อชุมชนอย่างไร? การดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่?

กองทุนฯ มีความสอดคล้อง ชัดแจ้ง หรือซ้ำซ้อนกับระบบสวัสดิการชุมชนอื่นๆ อย่างไร? และมีปัจจัยภายใต้ความควบคุมของคณะกรรมการกองทุนฯ ปัจจัยนอกเหนือความควบคุมของคณะกรรมการกองทุนฯ แต่ยังคงอยู่ภายใต้กลไกของรัฐ และปัจจัยที่อยู่นอกเหนือกลไกของรัฐใดที่ส่งผลต่อความสำเร็จของกองทุนฯ? โดยดำเนินการวิจัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11

ทบทวนวรรณกรรม

การกระจายอำนาจของประเทศไทย

หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 อาจแบ่งสถานการณ์การกระจายอำนาจการปกครองของไทยออกได้เป็น 3 ช่วง คือ ช่วงก่อน พ.ศ. 2535 ช่วง พ.ศ. 2535-2540 และช่วงหลัง พ.ศ. 2540

ช่วงก่อน พ.ศ. 2535 ประเทศไทยมีรูปแบบการกระจายอำนาจทางการเมืองการปกครองเป็นแบบอมาตยาธิปไตย (bureaucratic polity) คือ รูปแบบที่กลุ่มข้าราชการประจำเป็นกลุ่มที่ถืออำนาจทางการเมืองการปกครองระดับท้องถิ่นแบ่งออกเป็นกลไกจากราชการส่วนกลาง และ อปท. เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยในช่วงนี้บริการสาธารณะที่สำคัญเป็นอำนาจหน้าที่ของกลไกจากราชการส่วนกลาง อปท.มีหน้าที่ดูแลเพียงบริการสาธารณะขั้นมูลฐานเท่านั้น งบประมาณของรัฐลงสู่ อปท.เพียง 5.5% เท่านั้น

ช่วง พ.ศ. 2535-2540 ถือเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านด้านการกระจายอำนาจ โดยมีเหตุการณ์สำคัญในตอนเริ่มต้นของช่วงเวลา คือ เหตุการณ์พฤษภาทมิฬ หลังจากเหตุการณ์คลี่คลายลงก็ได้เกิดกระแสปฏิรูปการเมืองจากทั้งประชาชน นักวิชาการ และนักการเมืองบางส่วน การกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่นก็ถือเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญในการปฏิรูปการเมือง เช่น มีการตรา พ.ร.บ. สถาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537

ปี พ.ศ. 2540 ถือเป็นปีที่มีความสำคัญเกี่ยวกับการกระจายอำนาจเนื่องจากประเทศไทยได้มีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการกระจายอำนาจที่ชัดเจนและครอบคลุม จึงถือว่าประเทศไทยเข้าสู่ยุคการกระจายอำนาจอย่างเป็นระบบพร้อมกับการตรารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 (1, 2)

ระบบสวัสดิการชุมชนของประเทศไทย

การศึกษาระบบสวัสดิการชุมชนของประเทศไทยสามารถเป็นกรณีศึกษาให้กับการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ เนื่องจากมีหลักการของการจัดตั้งที่คล้ายกัน คือ การให้ชุมชนสามารถบริหารจัดการสวัสดิการของชุมชนด้วยตัวเองซึ่งสวัสดิการในที่นี้หมายถึงการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนด้วย

หลังจากเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ ในช่วงปี พ.ศ. 2542-2543 รัฐบาลได้ริเริ่มใช้แนวคิดระบบการคุ้มครองทางสังคม (Social Safety Net) สนับสนุนชุมชนโดยตรง ในรูปแบบของการจัดตั้งกองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคม โดยให้เครือข่ายชุมชนบริหารจัดการกันเอง เพื่อฟื้นฟูชุมชนท้องถิ่นในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ และจากความร่วมมือของหลายฝ่ายส่งผลให้ในปี 2548 ศูนย์อำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะความยากจนแห่งชาติ (ศตจ.) ได้สนับสนุนงบประมาณ 32.1 ล้านบาท ผ่านทางสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) เพื่อการจัดทำโครงการพัฒนาสวัสดิการชาวบ้าน หรือ “กองทุนสวัสดิการชุมชนระดับตำบล” ในลักษณะกองทุนสมทบ 3 ฝ่าย คือ

ชุมชน อปท. และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน ผลที่เกิดขึ้นคือ กองทุนสวัสดิการชุมชน 14 พื้นที่ครู และ 191 ตำบลนำร่องที่สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชนร่วมสมทบ และอีก 395 ตำบล/เมือง ที่ไม่ได้รับร่วมสมทบแต่ได้รับผลจากการดำเนินงานนี้

นอกจากนี้ได้มีการผลักดันให้มีการออกกฎหมายรองรับเรื่องการจัดสวัสดิการโดยชุมชน ซึ่งเป็นข้อเสนอในการสัมมนา “สวัสดิการชุมชน คนไม่ทอดทิ้งกัน” ทำให้มีการแก้ไข พ.ร.บ. ส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546 โดยเพิ่มเรื่อง “สวัสดิการชุมชน” สารสำคัญของ พ.ร.บ. ฉบับใหม่นี้ คือ การรับรององค์กรสวัสดิการชุมชน และให้ผู้แทนจากองค์กรสวัสดิการชุมชนเข้าไปร่วมเป็น คณะกรรมการส่งเสริมการจัดการสวัสดิการสังคมแห่งชาติ (ก.ส.ค.) และคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมจังหวัด (ก.ส.จ.) ด้วย (10) กระทั่งในปี 2553-2556 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณเพื่อสมทบกองทุนสวัสดิการชุมชนในสัดส่วนการออมของสมาชิก ไม่เกิน 365 บาท/ราย/ปี โดยเป็นการสมทบงบประมาณจาก 3 ฝ่าย (1:1:1) คือ เงินออมของสมาชิกในชุมชน รัฐบาลกลางผ่าน พอช. และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และในปี 2558 เครือข่ายสวัสดิการชุมชนได้ร่วมกันจัดทำยุทธศาสตร์สวัสดิการชุมชน ปี 2558-2562 ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ดังนี้

1. การเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสวัสดิการชุมชน
2. การเสริมสร้างและเชื่อมโยงเครือข่าย
3. การพัฒนาระบบข้อมูล จัดการความรู้และการเรียนรู้
4. พัฒนานโยบายสาธารณะและเพื่อสนับสนุนระบบสวัสดิการชุมชน

เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในปี 2562 ต่อไป สำหรับกองทุนสวัสดิการชุมชนในปัจจุบันสามารถจัดสวัสดิการได้กว่า 10 ประเภท ตั้งแต่การคลอดบุตร เจ็บป่วย ช่วยเหลือผู้สูงอายุ คนพิการ คนด้อยโอกาส ทุนการศึกษา ช่วยงานสาธารณะประโยชน์ในชุมชน ช่วยเหลือผู้ประสบภัย เงินยืมไม่มีดอกเบี้ยสำหรับสมาชิก ทุนอาหารกลางวันนักเรียน เงินบำนาญ ฯลฯ ทั้งนี้ตามความพร้อมของเงินกองทุน (11) ปัจจุบันในปี พ.ศ. 2559 จากการสำรวจการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนตำบล/เมืองทั่วประเทศไทย พบว่ามี 6,147 กองทุน สมาชิกรวม 5.26 ล้านคน และเงินกองทุนสวัสดิการของชุมชน 11.64 หมื่นล้านบาท (12)

ตัวอย่างของโครงการสวัสดิการชุมชน ได้แก่ “กองทุนสัจจะวันละบาท” ของจังหวัดสงขลา ที่เริ่มดำเนินการในปี 2547 โดยครูชบ ยอดแก้ว ซึ่งเป็นการดำเนินการของภาคประชาชนที่คำนึงถึงประชาชนที่อยู่นอกระบบ เช่น แรงงานนอกระบบ เกษตรกร ฯลฯ โดยมีการจัดสวัสดิการต่างๆ เช่น คลอดบุตร เจ็บป่วยนอนโรงพยาบาล เสียชีวิต คนทำงานให้กองทุน เป็นต้น ปัจจุบันภาคประชาชนมีการจัดตั้งกองทุนได้แล้ว 140 กองทุน ครอบคลุมทั้ง 16 อำเภอของจังหวัดสงขลา มีสมาชิก 247,737 คน มีเงินกองทุนคงเหลือทั้งหมดจำนวน 320,237,661 บาท (13) และโครงการสวัสดิการชุมชน “กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์วัดไผ่ล้อม” ผู้ริเริ่มก่อตั้ง คือ พระสุบิน ปณีโต แห่งวัดไผ่ล้อม ซึ่งกำหนดให้สมาชิกฝากเงินอย่างน้อยเดือนละ 10 บาท แต่ไม่เกิน

100 บาท เป็นประจำทุกเดือน ควบคู่ไปกับการส่งเสริมความรู้เรื่องการบริหารเงินให้แก่คนในชุมชน โดยสมาชิกชุมชนที่นำเงินมาเก็บออม จะได้รับดอกเบี้ยเท่ากับดอกเบียธนาคาร และสามารถกู้เงินดังกล่าวโดยใช้ความผูกพันทางสังคมเป็นหลักประกัน ส่วนกำไรที่ได้จากการปล่อยกู้จะถูกนำไปใช้เพื่อจัดสวัสดิการให้แก่คนในชุมชนตามที่คนในชุมชนต้องการ ซึ่งปัจจุบันกลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์วัดไผ่ล้อมนี้ดำเนินการมาแล้ว 20 ปี มีสมาชิกกว่า 58,747 คน มีเงินหมุนเวียนกว่า 700 ล้านบาท (14)

จากงานวิจัยการศึกษาปัญหาการจัดการ “กองทุนสัจจะวันละบาท” ใน ต. เขาพระ ต.ท่าข้าม และ ต. ชิงโค ซึ่งเป็นพื้นที่ใน จ.สงขลา พบว่ามีการเติบโตของเครือข่ายที่รวดเร็วเกินไป ส่งผลต่อทัศนคติของประชาชนที่สมัครสมาชิกเพราะจะสมัครเพื่อต้องการรับสวัสดิการเป็นหลัก ทำให้เงินกองทุนร้อยละ 50 ถูกจ่ายผ่านสวัสดิการเรื่องต่างๆ หมดทุกเดือน รวมทั้งการไม่พบแนวคิดใหม่ในการหารายได้เข้าสู่กองทุนของเครือข่าย และเงินกองทุนคงเหลือถูกนำไปฝากในสถาบันการเงินต่างๆ เพื่อรับดอกเบี้ย การได้รับเงินสมทบจากรัฐบาลที่ถือเป็นการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก ซึ่งจะส่งผลต่อความยั่งยืนของกองทุน นอกจากนี้ยังเป็นภาระทางการคลังของรัฐบาล ต่อเนื่องไปถึงกลุ่มคนทำงานที่เป็นผู้เสียภาษีของประเทศ แต่อย่างไรก็ตามจากปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นดังกล่าว การสำรวจคะแนนทัศนคติของประชาชนต่อบทบาทของเครือข่ายสวัสดิการชุมชน (จากคะแนนเต็ม 4) ใน 4 ประเด็นหลัก พบว่า ประชาชนได้ให้คะแนนดังนี้ “เครือข่ายช่วยให้สมาชิกได้รับสวัสดิการด้านต่างๆ เป็นอย่างดี” มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ 3.42 “ประธานเครือข่าย ดำเนินงานด้วยความซื่อสัตย์และมีความโปร่งใส” มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ 3.31 “กรรมการเครือข่ายดำเนินงานด้วยความซื่อสัตย์ และมีความโปร่งใส” มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ 3.29 “กองทุนสัจจะวันละบาทเป็นหลักประกันความมั่นคงด้านสวัสดิการให้กับสมาชิกได้อย่างยั่งยืน” มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ 3.22 (15)

ขณะที่จากการศึกษาอีก 3 พื้นที่ นอก จ.สงขลา คือพื้นที่เครือข่ายองค์กรการเงินชุมชน จ.ตราด สถาบันการเงินชุมชน ต.หนองสาหร่าย อ.พนมทวน จ.กาญจนบุรี และเครือข่ายองค์กรการเงินชุมชน ต.ปาล์มพัฒนา อ.มะนัง จ.สตูล กลับพบว่ามีความพยายามพึ่งพาตนเองของชุมชนโดยการคิดวิธีเติมเงินเข้าสู่กองทุนสวัสดิการ กล่าวคือ นอกเหนือสมาชิกจะส่งสัจจะวันละ 1 บาท แล้ว จะมีการประสานงานกับกลุ่มออมทรัพย์กองทุนหมู่บ้าน ธนาคารชุมชน วิสาหกิจชุมชน ให้มีการจัดสรรเงินกำไรในการดำเนินงานในแต่ละปีเข้ากองทุนสวัสดิการชุมชนด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า สำหรับกรณี “กองทุนสัจจะสะสมทรัพย์วัดไผ่ล้อม” จ.ตราด จะไม่ใช่แนวคิดเหมือนกับการจัดตั้ง “กองทุนสัจจะวันละบาท” แต่จะใช้แนวคิดที่เรียกว่า “ออมบุญวันละบาท” กล่าวคือ ไม่เน้นการจ่ายสวัสดิการให้รายบุคคลได้รับมากมาย แต่เน้นการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ได้จำนวนมากมากกว่า สิ่งที่น่าสนใจคือการมีแหล่งเงินเข้ากองทุนสวัสดิการอีก 3 แหล่งคือ กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์สมทบ ร้อยละ 50 ของเงินกำไรในแต่ละปี กำไรจากการดำเนินงานร้อยละ 100 ให้สมาชิกโดยทั่วไปกู้ และกำไรจากการดำเนินงานร้อยละ 100 จากการให้กลุ่มสมาชิกทำวิสาหกิจชุมชนอีกด้วย (15) ซึ่งสามารถช่วยเหลือสมาชิกได้อย่างกว้างขวาง ต่อเนื่องครบถ้วน สมาชิกมีส่วนร่วมในการดำเนินการและสามารถดำเนินการได้อย่างยั่งยืนเป็นเครื่องสร้างหลักประกันทางสังคมที่สำคัญของชุมชน

จะเห็นได้ว่า ในกรณีศึกษาการจัดสวัสดิการชุมชนข้างต้นเป็นไปในลักษณะการตั้งกองทุนโดยการออมจากชุมชนเองและได้รับเงินสมทบส่วนหนึ่งจากรัฐบาลและ อปท. ซึ่งการดำเนินงานได้รับความพึงพอใจจากสมาชิกชุมชนพอสมควร ซึ่งเข้ากั้งงานของ ชญาณิศ ลือวานิช ในปี 2558 ที่สรุปว่าปัจจัยเริ่มต้นที่ช่วยให้กองทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ การปรับตัวได้ไว และการบริหารจัดการที่เป็นระบบ (6) แต่จะมีปัญหา คือ ความยั่งยืนของกองทุน และการจัดสวัสดิการในระยะเริ่มแรกที่จะจัดสวัสดิการมากจนเกินศักยภาพของกองทุน (5, 8)

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

สำหรับนโยบายทางด้านสุขภาพในประเทศไทย ได้มีแนวคิดในการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่นเช่นกัน ซึ่งแนวคิดกระจายอำนาจนี้ได้ถูกกระบุงอยู่ใน พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 47 โดยมีเนื้อหาดังนี้ “เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับ อปท. กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน” ซึ่งจะเห็นได้ว่าเนื้อความในมาตรา 47 กำหนดให้ อปท. เป็นผู้รับผิดชอบระบบหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่น

นอกจากนี้รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 มาตรา 51 กำหนดไว้ว่าบุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และ มาตรา 80 (2) ที่กำหนดให้รัฐส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน และ พ.ร.บ. กระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 และ 17 ได้ระบุให้ อปท. มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ซึ่งบริการสาธารณสุขนั้นรวมถึง การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล

ในทางปฏิบัติได้มีการจัดตั้ง กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขึ้น โดย สปสช. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ในปี พ.ศ. 2545 เพื่อให้เป็นไปตามเนื้อหา พ.ร.บ. ที่ได้กล่าวไปข้างต้น (3)

ตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การจัดบริการสาธารณสุขของกองทุนฯ พ.ศ.2557 ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ดังนี้

1. เพื่อสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อให้กลุ่มแม่และ

เด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชน หรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่ ได้ดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ให้แก่สมาชิกหรือประชาชนในพื้นที่

3. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกของศูนย์เด็กเล็ก หรือศูนย์ชื้ออื่นที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน หรือศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ หรือศูนย์ชื้ออื่นที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการในชุมชน ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด เป็นเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพในแต่ละปีงบประมาณนั้น

4. เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ต้องไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพในแต่ละปีงบประมาณนั้น

5. เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ได้ กรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่

กองทุนมีองค์ประกอบของการดำเนินงานกองทุน 6 ประการ ดังนี้

1. คณะกรรมการกองทุน ซึ่งสปสข.(สปสข.) เป็นผู้ออกคำสั่งแต่งตั้ง

2. เงินของกองทุนอย่างน้อยต้องประกอบด้วย เงินสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขจากสปสข. และเงินสมทบจาก อปท. ส่วนเงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชนหรือรายได้อื่นให้เป็นไปตามความพร้อมของพื้นที่

3. แผนงานหรือโครงการที่ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 5 ประเภท โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน ได้แก่ กิจกรรมสนับสนุนหน่วยบริการหรือสถานบริการหรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชน และชุมชนท้องถิ่น/หน่วยงานอื่น กิจกรรมการสนับสนุนการดูแลเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กิจกรรมการบริหารจัดการกองทุน/พัฒนาศักยภาพกรรมการ/และพัฒนาระบบบริหารจัดการ และกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่

4. การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนตามระยะเวลาที่กำหนด

5. ระบบรายงานของกองทุนผ่านโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนในระบบออนไลน์

6. การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมถึงมีการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของกองทุน

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

ตำแหน่ง	ที่มา	จำนวน (คน)
ประธานกรรมการ	ผู้บริหารสูงสุดของ อปท.	1
รองประธานกรรมการ	ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่	2
กรรมการ	สมาชิกสภา อปท. ที่สภามอบหมาย	2
	หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่	1
	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่คัดเลือก กันเอง	2
	ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้าน	5
	ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน (ถ้ามี)	1
กรรมการและเลขานุการ	ปลัด อปท.	1
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	ผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากองสาธารณสุขของ อปท.	1

การจ่ายเงินกองทุนแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ การจ่ายตามข้อตกลง การจ่ายตามกิจกรรม และการจ่ายตามใบยืม โดยผู้มีอำนาจสั่งจ่ายเงิน คือ ผู้บริหารสูงสุดของ อปท. ตามขั้นตอนการขอใช้เงิน และเกณฑ์การใช้เงิน จัดทำบัญชีกองทุนเพื่อตรวจสอบ ทำรายงานส่งทุกไตรมาส และรายงานประจำปีอีก 1 ฉบับ

เงินกองทุนใช้เพื่อสนับสนุนกลุ่มกิจกรรม 5 กลุ่ม คือ สนับสนุนหน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ สร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน สนับสนุนการดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บริหารกองทุน/พัฒนาศักยภาพบุคลากร และกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่

มีความพยายามในการพัฒนาศักยภาพการจัดการกองทุนโดยใช้ รูปแบบกิจกรรมคือ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ Monitoring & Evaluation พัฒนากองทุนให้เป็นศูนย์เรียนรู้ระดับพื้นที่ และการกำหนดเกณฑ์สำหรับการติดตามประเมินผล โดยกำหนดเป็นคะแนนในแต่ละหมวดหมู่ ประเมินการบริหารจัดการกองทุน การมีส่วนร่วม ผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยมีแนวทางการประเมินคือสัมภาษณ์ stakeholder ต่างๆ เช่น นายก อบต. หัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ฯลฯ รายงานจำนวนครั้งที่ประชุม และเนื้อหา รายงานประชุม ซึ่งอาจจะเป็นระบบประเมินที่ไม่ดีนัก เนื่องจากประเด็นการประเมินส่วนมากเน้นเชิงปริมาณ (จำนวนโครงการต่อปี) ไม่เน้นคุณภาพ และการประเมินโดยการสัมภาษณ์ เน้นการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

โดยตรงกับกองทุน ซึ่งอาจจะเกิดปัญหาผลประโยชน์ทับซ้อนเนื่องจากมีแรงจูงใจที่ผู้ตอบจะตอบในทางที่ดีเกินกว่าความเป็นจริง (3) หรือผลประโยชน์ที่ได้ ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างแท้จริง (16) ยิ่งไปกว่านั้น การขาดการประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน (7, 8) และการขาดการป้อนข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้กำหนดนโยบาย ก็ทำให้กระบวนการประเมินไม่ครบรอบอย่างแท้จริง

กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นส่วนใหญ่ในประเทศไทยได้ถูกจัดตั้งขึ้นตั้งแต่ปลายปี 2549 ซึ่งมี สปสช. ให้การสนับสนุนนำร่องการจัดตั้งกองทุน (จำนวน 880 กองทุนนำร่อง) จากการลงพื้นที่สำรวจในปี 2550 จำนวน 99 กองทุน ใน 51 จังหวัด เพื่อสัมภาษณ์คณะกรรมการบริหารกองทุน พบว่า อปท.ส่วนใหญ่ได้จ่ายเงินสมทบเข้าร่วมกองทุนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ค่าเฉลี่ยโดยรวมของการสมทบเงินเข้าร่วมกองทุน คิดเป็นร้อยละ 20 และ อปท. บางแห่งได้มีการสมทบเงินเข้าร่วมกองทุนจากประชาคมในพื้นที่ด้วย และในด้านการเบิกจ่ายพบว่า มีกองทุนที่ได้ดำเนินการเบิกจ่ายเงินจากกองทุนแล้วจำนวน 91 แห่ง โดยมีสัดส่วนการเบิกจ่ายเงินจากกองทุน คิดเป็นร้อยละ 57 (ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมาย) และเมื่อทำการสำรวจทัศนคติของประชาชนจำนวน 4,511 คน ใน 51 จังหวัด ด้านการรับรู้ของประชาชนต่อกองทุนสุขภาพท้องถิ่น พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 70 รับรู้ว่ามีกองทุนหลักประกันสุขภาพเกิดขึ้นในท้องถิ่นของตน ร้อยละ 42.6 ตอบได้ว่าใครเป็นกรรมการ/ประธาน/และทำเลที่ตั้งกองทุน ร้อยละ 24.21 ตอบว่าเคยได้รับข้อมูลและข่าวสารของกองทุนฯ และร้อยละ 25.2 ตอบว่าเคยเข้าร่วมกิจกรรมกองทุน การประเมินจากประชาชนต่อประโยชน์ต่อการมีกองทุนสุขภาพในท้องถิ่น พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 56 ประเมินว่ากองทุนมีประโยชน์มากต่อตนเองและครอบครัว ร้อยละ 37 ประเมินว่ามีประโยชน์ระดับปานกลางและมีเพียงร้อยละ 6 ที่ประเมินว่ามีประโยชน์น้อย ขณะที่ต่อคำถามว่ากองทุนมีประโยชน์ต่อชุมชน/ส่วนรวมเพียงใด ร้อยละ 58 และร้อยละ 36 ประเมินว่ามีประโยชน์มากและระดับปานกลางตามลำดับ (17)

ทั้งนี้ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของบางกองทุนที่พบคือ การขาดการประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างสถานีอนามัยและบุคลากรสาธารณสุขกับฝ่ายท้องถิ่น ความไม่ชัดเจนของกรอบงบประมาณและวิธีการเบิกจ่ายงบประมาณทำให้ อปท. หลายแห่งมีความกังวลว่าอาจจะผิดระเบียบและอาจจะถูกตรวจสอบโดย สตง. อีกทั้งยังมีความกังวลว่าในปี 2551 จะไม่ได้รับการสนับสนุน จาก สปสช. อีกทั้งทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของโครงการ ปัญหาเหล่านี้จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้การดำเนินงานของกองทุนเกิดความล่าช้า (17)

กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่ภาคใต้ตอนบน จากการศึกษาของ อ.วิทยา คามณี และคณะ ซึ่งได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลของ 3 จังหวัด คือ จ.สุราษฎร์ธานี จ.พังงา และ จ.ภูเก็ต ใน อปท. แต่ละจังหวัด 2 แห่ง รวม อปท. 6 แห่ง พบว่า แต่ละตำบลมีคณะกรรมการกองทุนประมาณ 12-20 คนมีการประชุมคณะกรรมการเฉลี่ย 8 ครั้งต่อปี และมีการบันทึกการประชุมทุกครั้ง มีเงินที่สมทบโครงการอยู่ระหว่างร้อยละ 10-20 (ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ของ อปท. ขนาดเล็กและขนาดกลาง) ประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ประชาชนจะให้ความร่วมมือจะเป็นกิจกรรมที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น กิจกรรมแอโรบิก และการศึกษาดูงาน อย่างไรก็ตามในด้าน

การประชาสัมพันธ์โครงการกลับพบว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่ยังคงไม่เข้าใจถึงที่มาที่ไปของโครงการ และขาดการได้รับการสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาที่มีอยู่ในท้องถิ่นทำให้ความรู้ส่วนนี้ยังคงฝังอยู่ในตัวบุคคลไม่มีการรวบรวมหรือจัดบันทึกเป็นองค์ความรู้ อีกทั้งการจัดประชุมระดมความคิดเห็นบางกองทุนค่อนข้างน้อยเกินไป จึงควรมีการจัดประชุมอย่างน้อยเดือนละครั้งเพื่อให้ชาวบ้านได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ปัญหาสำคัญที่พบในพื้นที่ภาคใต้ตอนบนคือ ปัญหาของประชากรที่เป็นแรงงานต่างชาติดีประมาณร้อยละ 80 ของแรงงานทั้งหมดเช่นใน จ.พังงา ที่ไม่สามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพเนื่องจากงบประมาณของสถานีนามัยมีจำกัดจึงต้องให้บริการคนไทยก่อน แต่อย่างไรก็ตามที่สุดแล้วปัญหานี้ก็จะส่งผลกระทบต่อคนไทย เพราะอาจเกิดการแพร่เชื้อจากแรงงานต่างด้าวสู่คนไทยได้ (17)

กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง จากการศึกษาของ รศ.ดร.สมบูรณ์ เจริญจิระตระกูล และคณะ ได้สังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักบางส่วนเป็นกรรมการบริหาร และบางส่วนเป็นคณะอนุกรรมการระบบหลักประกันสุขภาพ ใน 5 อบต. คือ นาโยงเหนือ ควนโดน เขาเจ็ยก คูหาใต้ และน่าน้อย พบว่าทั้งสี่ในห้า อบต.ต่างให้ความเห็นว่าโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นนั้นเป็นโครงการที่ดีมากและมีผลสำเร็จอยู่ในระดับที่น่าพอใจ กิจกรรมและการดำเนินงานของกองทุนทุกโครงการมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบอย่างทั่วถึงทำให้ประชาชนท้องถิ่นมีความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น และ ทั้ง 5 อบต. มีการจัดเก็บข้อมูลทั้งหมดของโครงการในลักษณะของแฟ้มข้อมูลและรูปภาพในคอมพิวเตอร์พร้อมทั้งมี website ของตนเอง ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงความสำเร็จที่ได้รับ พบว่าทัศนคติที่ดีของกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้แต่ละโครงการบรรลุเป้าหมายและเป็นไปตามกำหนดการ นอกจากนั้นความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันของเจ้าหน้าที่ อบต. เจ้าหน้าที่สถานีนามัยประจำตำบลและประชาชนในท้องถิ่นก็จะเป็นปัจจัยที่ชี้ขาดความสำเร็จ สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการที่พบ 2 ประเด็น คือ 1) การที่แกนนำในพื้นที่โดยเฉพาะ อสม. ในหมู่บ้านต้องถูกเรียกใช้งานจากหลายฝ่าย เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรมและกระทรวงพัฒนาสังคมฯ และ 2) เนื่องจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการยังใหม่กับแนวคิดกองทุนประกันสุขภาพท้องถิ่น จึงทำให้การใช้เวลาในการเขียนโครงการล่าช้ายิ่งขึ้น (17)

สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลภาคใต้ ได้ว่า โครงการในอนาคตควรผ่านการเห็นชอบของประชาคมหมู่บ้านอันเป็นแนวทางที่จะสามารถทำให้มีการระดมความคิดเห็น ระดมทุน และความรู้สึกรับผิดชอบให้กับประชาชนด้วย, เงื่อนไขในการสนับสนุนเงินทุนในการดำเนินการโครงการควรจะเปิดกว้าง เพราะแต่ละท้องถิ่นจะมีความต้องการที่ไม่เหมือนกัน, เงื่อนไขการพิจารณาทุนควรจะให้โอกาสสำหรับ อบต. ขนาดเล็กที่ตั้งอยู่ห่างไกลจากเมืองมากกว่าเนื่องจากโอกาสของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่าประชากรในเขตเมือง, ระเบียบการใช้จ่ายเงินกองทุนควรจะชัดเจนกว่านี้เพราะพื้นที่ยังกังวลเรื่องการใช้จ่ายเงินผิดประเภท และการให้ความสำคัญกับระเบียบที่มากเกินไปจะทำให้การทำงานมีลักษณะที่ล่าช้าและทำให้เกิดข้อขัดแย้งระหว่างหน่วยงานได้ จึงควรมีระเบียบที่ไม่เคร่งครัดรัดตัวจนเกินไป, โครงการส่วนใหญ่ขาด

บุคลากรที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบโดยตรง จึงควรจะมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อจ้างบุคลากรที่รับผิดชอบโครงการ

ล่าสุดยังคงพบปัญหาในการบริหารจัดการกองทุน คือ เหลืองบประมาณกองทุนฯสะสม ที่รอการเบิกจ่ายจาก อปท. ทั่วประเทศกว่า 7,000 ล้านบาท เนื่องจากที่ผ่านมาได้เกิดการท้วงติงจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ถึงหลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงินกองทุนท้องถิ่นว่าต้องยึดตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย แต่ในอดีต เมื่อปี 2550 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจะเคยมีประกาศให้ดำเนินการตามระเบียบของ สปสช. (9) ซึ่งปัญหาดังกล่าวก็มีการกล่าวถึงในงานวิจัยที่ผ่านมาว่า การมีงบประมาณดำเนินการไม่เพียงพอ หรือ ขั้นตอนการเบิกเงินที่ซับซ้อน ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบริหารองค์กร (7, 8)

ตัวอย่างกองทุนเกี่ยวกับสุขภาพในระดับท้องถิ่นในต่างประเทศ

ในประเทศรายได้สูง ได้แก่ ออสเตรเลีย และแคนาดา การบริหารจัดการด้านสาธารณสุขมีรูปแบบการกระจายอำนาจและความแตกต่างกัน (18) ในประเทศออสเตรเลียมีระบบสุขภาพชุมชนภายใต้การดูแลของรัฐบาล โดยมีหน่วยงานการดูแลสุขภาพแบบปฐมภูมิ (Medicare Locals) เป็นผู้วางแผนและสนับสนุนงบประมาณเพื่อการบริหารด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ ลดความไม่เท่าเทียม เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพิ่มคุณภาพของการดูแลรักษา และการป้องกันโรค แหล่งที่มาของงบประมาณมาจากทั้งรัฐบาลกลาง และรัฐบาลท้องถิ่น (19) สำหรับประเทศแคนาดามีการให้บริการสุขภาพชุมชนอยู่ในรูปแบบศูนย์สุขภาพชุมชน (Community Health Center) งบประมาณด้านสาธารณสุขและระบบหลักประกันสุขภาพมาจากรัฐบาลท้องถิ่นเป็นหลัก ทำให้สิทธิหลักประกันสุขภาพในแต่ละท้องถิ่นมีความแตกต่างกันแต่มีความสอดคล้องกับ Canada Health Act ซึ่งคล้ายกับ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย (20)

ตัวอย่างของการใช้กลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ได้แก่ ประเทศแทนซาเนีย ซึ่งนำนโยบาย Community Health Fund (CHF) มาใช้ในปี 1995 เพื่อช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขภายในท้องถิ่น แต่การนำนโยบายมาใช้ก็ประสบปัญหา เช่น การใช้เงินผิดประเภท การตีความนโยบายผิดทางจนนำไปสู่กิจกรรมที่ไม่ตอบวัตถุประสงค์ของกองทุน การที่ผู้บริหารท้องถิ่นมองว่านโยบายยังเป็นลักษณะการกำหนดนโยบายแบบจากบนลงล่าง (Top-down) (21, 22) จนทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องเข้ามาสร้างกลไกกำกับดูแลการใช้เงินด้วยการฝึกอบรม และจัดทำโปรแกรมรายงานข้อมูลรายเดือน ซึ่งท้องถิ่นได้มีการนำไปใช้และทำให้ผลการปฏิบัติงานขึ้น (21)

วัตถุประสงค์

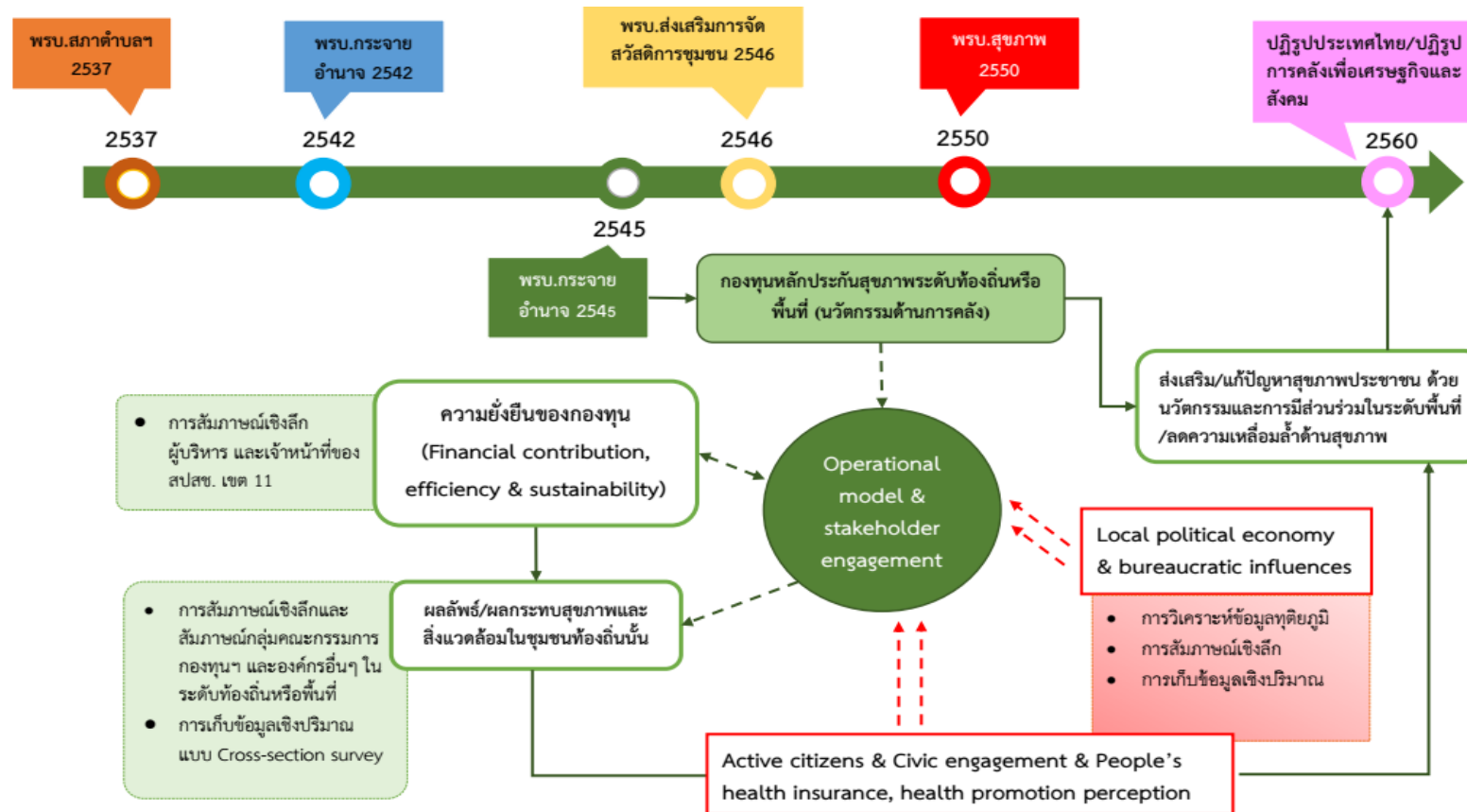
1. เพื่อประเมินว่าควรมีการส่งเสริมให้มีการใช้กองทุนฯต่อไปอีกหรือไม่ ในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่เขต 11
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในช่วง 15 ปี กับความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่เขต 11
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ และผลกระทบต่อชุมชนจากนโยบายกองทุนฯในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา ในพื้นที่เขต 11
4. เพื่อประเมินความสอดคล้อง ชัดแจ้ง หรือซ้ำซ้อน ของกองทุนฯกับระบบสวัสดิการชุมชนอื่นๆ ในพื้นที่เขต 11
5. เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของกองทุนฯ ใน 3 กลุ่มปัจจัย คือ ปัจจัยภายใต้ความควบคุมของคณะกรรมการกองทุนฯ ปัจจัยนอกเหนือความควบคุมของคณะกรรมการกองทุนฯ แต่ยังคงอยู่ภายใต้กลไกของรัฐ และปัจจัยที่อยู่นอกเหนือกลไกของรัฐ

ระเบียบวิธีวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

กรอบแนวคิดการวิจัย

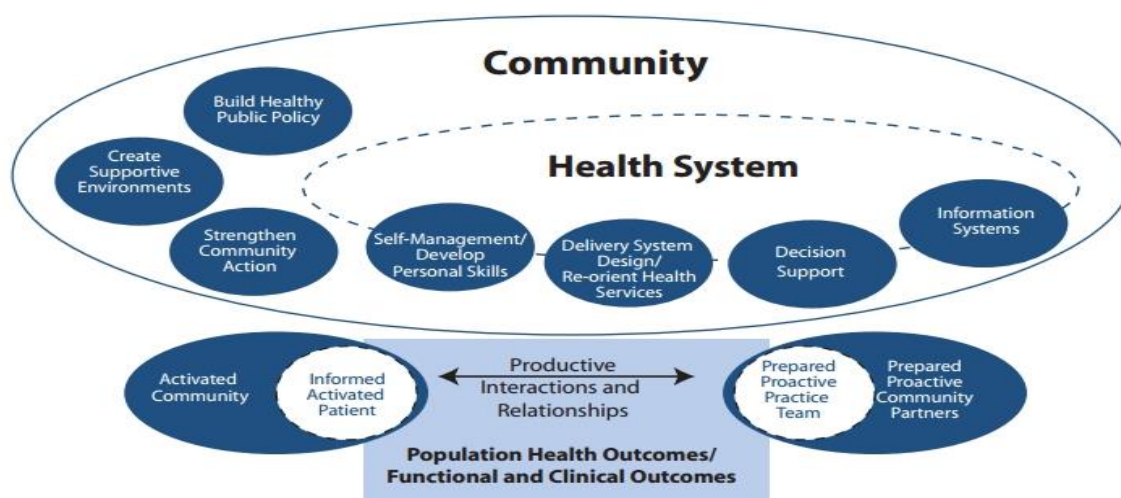
กรอบแนวคิดในงานวิจัยชิ้นนี้ (รูปภาพ 1) ใช้ผลจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น โดยมองกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นนวัตกรรมด้านการคลังระบบสุขภาพที่เป็นผลจากนโยบายกระจายอำนาจ ที่มีรากฐานมาตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2535-2540 โดยตัวกลไกนั้นมี operational model เป็นการใช้โครงการสร้างการปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอยู่เดิมร่วมกับการมีส่วนร่วมจากประชาชน และภาคประชาสังคมในพื้นที่ เพื่อต้องการให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงสุขภาพ และการลดความเหลื่อมล้ำต่อประชาชนในพื้นที่ โดยนวัตกรรมเชิงนโยบายชิ้นนี้หากสามารถดำเนินการได้อย่างเต็มศักยภาพจะเป็นส่วนหนึ่งของวาระปฏิรูปประเทศไทยของรัฐบาลปัจจุบัน

เนื่องจากงานวิจัยชิ้นนี้เริ่มคิดจากปัญหาที่ว่ากลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ยังไม่สามารถดำเนินการได้เต็มประสิทธิภาพจึงได้วางแผนให้มีการเก็บข้อมูลในประเด็นต่างๆ ตาม operational model ของนโยบาย โดยเริ่มตั้งแต่ประเด็นความยั่งยืนของกองทุนฯ การดำเนินงานและปัญหาในมุมมองของ อปท. การมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคประชาสังคม และอิทธิพลจากการเมืองในระดับพื้นที่ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของกองทุน



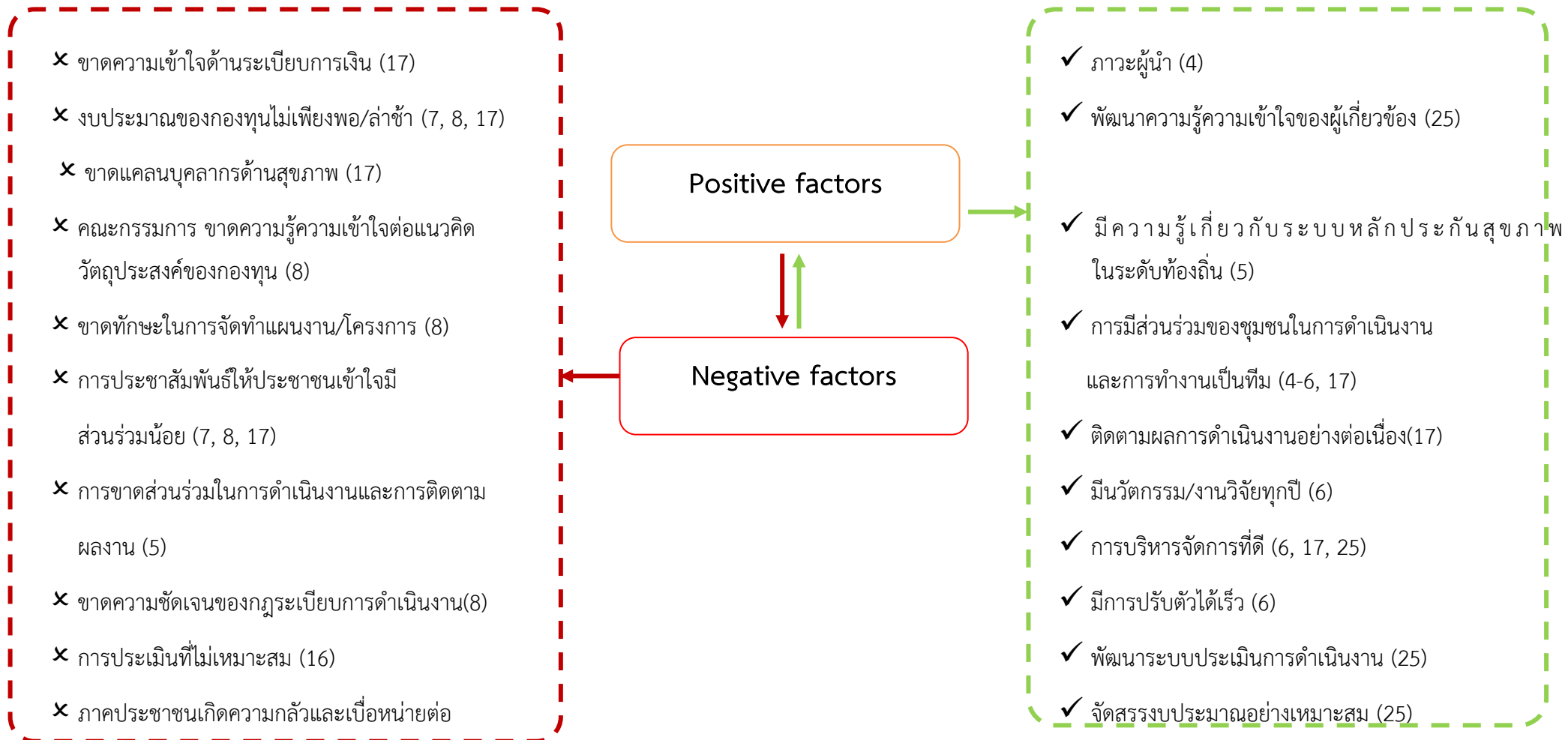
รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดข้างต้นเป็นกรอบใหญ่ด้านการบริหารจัดการกองทุน สำหรับแนวคิดในการประเมินกิจกรรมหรือโครงการด้านสุขภาพในชุมชน ทางผู้วิจัยใช้ Chronic Care Model (CCM) (23) ซึ่งมีความสอดคล้องกับหลักการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่มีระดับสุขภาพลดลงจากปกติอย่างเรื้อรัง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และกิจกรรมในรูปแบบการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิด CCM มาเสริมในการกำหนดประเด็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินจัดกิจกรรมหรือโครงการด้านสุขภาพในชุมชน โดยใช้ Expanded CCM (24) ซึ่งมีการพัฒนาจาก CCM เดิม โดยเพิ่มความเข้มข้นของการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้าไปใน CCM ตามแผนภาพด้านล่าง



รูปภาพ 2 Expanded chronic care model

ที่มา: Barr et al. (2003)



รูปภาพ 3 Literature map แสดง ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการนโยบายนโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ไปปฏิบัติ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณโดยจะทำการประเมินในประเด็นต่างๆ ตามกรอบแนวคิดเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ดังนี้

ในขั้นต้นจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพรรณาลักษณะการดำเนินงานของกองทุนฯ ในเขตสุขภาพที่ 11 และค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการดำเนินงานและข้อมูลผลการประเมินของกองทุนฯ ในเขตสุขภาพที่ 11 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิผลการดำเนินงานกองทุนจาก สปสช. เขต 11 ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่มีผลการดำเนินงานของทุกกองทุนในเขตสุขภาพที่ 11 โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลของ สปสช. (27, 28)

ขั้นตอนต่อไป คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ของ สปสช. เขต 11 ที่มีหน้าที่ดูแลงานด้านกองทุนฯ จำนวน 4 คน ในประเด็นดังต่อไปนี้ ความยั่งยืนของกองทุน ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดแก่ชุมชน ปัจจัยการบริหารจัดการภายในและภายนอก สปสช. ที่มีผลกระทบต่อการบริหารจัดการกองทุน กลไกการควบคุมการดำเนินงานกองทุนและการป้อนกลับปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินนโยบายสู่ผู้กำหนดนโยบายระดับสูง ความคาดหวังต่อการดำเนินการกองทุนฯ ในอุดมคติ ความคิดเห็นว่าควรส่งเสริมนโยบายนี้ต่ออีกหรือไม่ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานกองทุน ปัญหา และข้อเสนอแนะอื่นๆ

หลังจากนั้น ทีมวิจัยจะลงพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกคณะกรรมการกองทุนฯ จำนวน 10 พื้นที่ พื้นที่ละ 3 ราย คือ ตัวแทนกรรมการจาก อปท. ตัวแทนกรรมการจากภาคประชาชน และตัวแทนกรรมการจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ในประเด็นดังต่อไปนี้ ความยั่งยืนของกองทุนในมุมมองของกรรมการกองทุนฯ ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดแก่ชุมชน ปัจจัยการบริหารจัดการภายในกองทุนฯ ที่ส่งผลกระทบการดำเนินงานกองทุนฯ ปัจจัยนอกเหนืออำนาจหน้าที่ของกองทุนฯ ที่ส่งผลกระทบการดำเนินงานกองทุนฯ กลไกการป้อนกลับปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานกองทุนสู่ผู้กำหนดนโยบาย ปัจจัยการเมืองและการมีส่วนร่วมของชุมชนในท้องถิ่นต่อการดำเนินงานกองทุนฯ ความคาดหวังต่อกองทุนฯ ในอุดมคติ ความสอดคล้อง ขัดแย้งหรือซ้ำซ้อนกับระบบสวัสดิการชุมชนอื่นๆ กิจกรรมและนวัตกรรมที่มีความสำคัญที่เกิดขึ้นในชุมชนจากกลไกกองทุนฯ นโยบายสุขภาพในชุมชนที่เกิดจากกลไกกองทุนฯ โครงการหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนทางด้านสุขภาพ ความคิดเห็นว่าควรส่งเสริมนโยบายนี้ต่ออีกหรือไม่ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานกองทุน ปัญหา และข้อเสนอแนะอื่นๆ

ในจำนวน 10 พื้นที่ ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทน 3 ฝ่ายจาก อปท. ภาคประชาชน และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่ไม่ได้เป็นกรรมการกองทุนฯ ในประเด็นดังต่อไปนี้ การรู้จักกองทุนฯ มุมมองต่อนโยบายกองทุนฯ การมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานกองทุนฯ ความคาดหวังต่อกองทุนฯ ในอุดมคติ ความสอดคล้อง ขัดแย้ง หรือซ้ำซ้อนกับระบบสวัสดิการชุมชนอื่นๆ กิจกรรมและนวัตกรรมที่มีความสำคัญที่เกิดขึ้นในชุมชนจากกลไกกองทุนฯ นโยบายสุขภาพในชุมชนที่เกิดจากกลไกกองทุนฯ โครงการหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม

ร่วมของชุมชนทางด้านสุขภาพ ความคิดเห็นว่าควรส่งเสริมนโยบายนี้ต่ออีกหรือไม่ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานกองทุน ปัญหา และข้อเสนอแนะอื่นๆ ทั้งนี้ ลงพื้นที่ทั้งหมดเพื่อเก็บข้อมูล 10 แห่ง

เกณฑ์การคัดเลือก ทางผู้วิจัยได้ประสานขอให้ทาง สปสช. เขต 11 พิจารณาและส่งข้อมูลให้ โดยเลือกกองทุนในเขตพื้นที่ภาคใต้ตอนบนชายฝั่งทะเลตะวันออก จำนวน 5 แห่ง และชายฝั่งทะเลตะวันตก จำนวน 5 แห่ง รวม 10 แห่ง ซึ่งใน 10 แห่งนี้ เป็นกองทุนที่มีการดำเนินงาน performance ดี 5 แห่ง และ performance ไม่ดี 5 แห่ง ดังตารางข้างล่าง

ตาราง 1 พื้นที่ตัวอย่างของงานวิจัย

ประเภท	ชื่อ	อำเภอ	จังหวัด
1 กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลตำบล	คลองท่อมใต้	คลองท่อม	กระบี่
2 กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลนคร	ภูเก็ต	เมืองภูเก็ต	ภูเก็ต
3 กองทุนสุขภาพตำบล อบต.	เกาะพระทอง	คุระบุรี	พังงา
4 กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลตำบล	อ่าวขนอม	ขนอม	นครศรีธรรมราช
5 กองทุนสุขภาพตำบล อบต.	บ้านทำเนียบ	คีรีรัฐนิคม	สุราษฎร์ธานี
6 กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลตำบล	ขุนทะเล	เมืองสุราษฎร์ธานี	สุราษฎร์ธานี
7 กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลเมือง	หลังสวน	หลังสวน	ชุมพร
8 กองทุนสุขภาพตำบลอบต.	โคกเจริญ	ทับปุด	พังงา
9 กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลนคร	นครศรีธรรมราช	เมืองนครศรีธรรมราช	นครศรีธรรมราช
10 กองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลตำบล	วิจิต	เมืองภูเก็ต	ภูเก็ต

สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงสำรวจจากประชาชน มีกลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนในพื้นที่ที่ถูกสุ่มเป็นพื้นที่ตัวอย่างในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้ การรู้จักกองทุนฯ การมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานกองทุนฯ มุมมองต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพ มุมมองต่อการดำเนินงานทั่วไปของ อบต. ในพื้นที่ มุมมองต่อการรักษาป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ การได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานของกองทุน การรับรู้ผลลัพธ์และผลกระทบจากนโยบายกองทุนต่อชุมชน ความคิดเห็นว่าควรส่งเสริมนโยบายนี้ต่ออีกหรือไม่ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานกองทุน ปัญหา และข้อเสนอแนะอื่นๆ

ตาราง 2 สรุประเบียบวิธีวิจัยและตัวแปรที่ใช้ในการเก็บข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	แหล่งข้อมูล	ตัวแปร
1.	เพื่อประเมินว่าควรมีการส่งเสริมให้มีการใช้กองทุนต่อไปอีกหรือไม่ ในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่เขต 11	- การสัมภาษณ์เชิงลึก	- ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ของ สปสช. เขต 11 - คณะกรรมการกองทุนฯ - อปท. ภาคประชาชน และหน่วยงานสาธารณสุขที่ไม่ได้เป็นกรรมการกองทุน	- ความคาดหวังต่อการดำเนินการกองทุนฯ ในอุดมคติ - ความคิดเห็นว่าควรส่งเสริมนโยบายนี้ต่ออีกหรือไม่ - ความยั่งยืนของกองทุน
		- การเก็บข้อมูลเชิงสำรวจ	- ประชาชนในพื้นที่ที่ถูกสุ่ม	- ท่านคิดว่ารัฐบาลควรส่งเสริมนโยบายกองทุนฯ ต่อไปอีกหรือไม่?
2.	เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในช่วง 15 ปี กับความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่เขต 11	- การทบทวนเอกสารการดำเนินงาน - วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ	- รายงานและฐานข้อมูลผลการดำเนินงาน และการประเมินผลกองทุนฯ จาก สปสช. เขต 11	- สัดส่วนการเบิกจ่ายเงินกองทุนที่ผ่านมา - ขนาดกองทุน (บาท) สัดส่วนของงบประมาณที่สมทบจาก อปท. หรือองค์กรอื่น
		- การสัมภาษณ์เชิงลึก	- ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ของ สปสช. เขต 11 - คณะกรรมการกองทุนฯ - อปท. ภาคประชาชน และหน่วยงานสาธารณสุขที่ไม่ได้เป็นกรรมการกองทุน	- ความคาดหวังต่อการดำเนินการกองทุนฯ ในอุดมคติ
3.	เพื่อประเมินผลลัพธ์ และผลกระทบต่อชุมชนจากนโยบาย	- การทบทวนเอกสารการดำเนินงาน	- รายงานและฐานข้อมูลผลการดำเนินงาน และการประเมินผลกองทุนฯ จาก สปสช.	- สัดส่วนการเบิกจ่ายเงินกองทุน

	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	แหล่งข้อมูล	ตัวแปร
	กองทุนฯในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา ในพื้นที่เขต 11	- วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ	เขต 11	
		- การสัมภาษณ์เชิงลึก	- ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ของ สปสช. เขต 11 - คณะกรรมการกองทุนฯ - อปท. ภาคประชาชน และหน่วยงาน สาธารณสุขที่ไม่ได้เป็นกรรมการกองทุน	- ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่ชุมชน - กิจกรรมและนวัตกรรมที่มีความสำคัญที่เกิดขึ้น ในชุมชนจากกลไกกองทุนฯ - นโยบายสุขภาพในชุมชนที่เกิดจากกลไกกองทุน ฯ - โครงการหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของชุมชนทางด้านสุขภาพ
		- การเก็บข้อมูลเชิงสำรวจ	- ประชาชนในพื้นที่ที่ถูกสุ่ม	- ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากการดำเนินงานของ กองทุนฯ - ผลลัพธ์และผลกระทบต่อชุมชนที่เกิดจากจาก นโยบายกองทุนฯ
4.	เพื่อประเมินความสอดคล้อง ขัดแย้ง หรือซ้ำซ้อน ของกองทุน ฯกับระบบสวัสดิการชุมชนอื่นๆ ในพื้นที่เขต 11	- การสัมภาษณ์เชิงลึก	- คณะกรรมการกองทุนฯ - อปท. ภาคประชาชน และหน่วยงาน สาธารณสุขที่ไม่ได้เป็นกรรมการกองทุน	- ความซ้ำซ้อนของนโยบายกองทุนฯ กับระบบ สวัสดิการชุมชนอื่นๆ - ความสอดคล้องของนโยบายกองทุนฯ กับระบบ สวัสดิการชุมชนอื่นๆ - ขัดแย้งของนโยบายกองทุนฯ กับระบบ สวัสดิการชุมชนอื่นๆ

	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	แหล่งข้อมูล	ตัวแปร
5.	เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของกองทุนฯ ใน 3 กลุ่มปัจจัย คือ ปัจจัยภายใต้ความควบคุมของคณะกรรมการกองทุนฯ ปัจจัยนอกเหนือความควบคุมของคณะกรรมการกองทุนฯ แต่ยังคงอยู่ภายใต้กลไกของรัฐ และปัจจัยที่อยู่นอกเหนือกลไกของรัฐ	<p>- วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ</p> <p>การสัมภาษณ์เชิงลึก</p>	<p>- รายงานและฐานข้อมูลผลการดำเนินงานและการประเมินผลกองทุนฯ จาก สปสช. เขต 11</p> <p>- ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ของ สปสช. เขต 11</p> <p>- คณะกรรมการกองทุนฯ</p> <p>- อปท. ภาคประชาชน และหน่วยงานสาธารณสุขที่ไม่ได้เป็นกรรมการกองทุน</p>	<p>- สัดส่วนการเบิกจ่ายเงินกองทุน</p> <p>- ข้อมูลทั่วไปของกองทุน ประกอบด้วย ระดับของ อปท. ในพื้นที่ ที่ตั้งกองทุน (อำเภอ และจังหวัด) เงินงบประมาณทั้งหมด สัดส่วนของงบประมาณที่สมทบจาก อปท. หรือองค์กรอื่น</p> <p>- ปัจจัยการบริหารจัดการภายในและภายนอก สปสช. ที่มีผลกระทบต่อการบริหารจัดการกองทุน</p> <p>- กลไกการควบคุมการดำเนินงานกองทุนและการป้อนกลับปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินนโยบายสู่ผู้กำหนดนโยบายระดับสูง</p> <p>- ปัจจัยการบริหารจัดการภายในกองทุนฯ ที่ส่งผลกระทบการดำเนินงานกองทุนฯ</p> <p>- ปัจจัยนอกเหนืออำนาจหน้าที่ของกองทุนฯ ที่ส่งผลกระทบการดำเนินงานกองทุนฯ</p> <p>- กลไกการป้อนกลับปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานกองทุนสู่ผู้กำหนดนโยบาย</p> <p>- ปัจจัยการเมืองและการมีส่วนร่วมของชุมชนใน</p>

	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	แหล่งข้อมูล	ตัวแปร
				<p>ท้องถิ่นต่อการดำเนินงานกองทุนฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรู้จักกองทุนฯ มุมมองต่อนโยบายกองทุนฯ ของภาคประชาชน - การมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานกองทุนฯ ของภาคประชาชน
		- การเก็บข้อมูลเชิงสำรวจ	- ประชาชนในพื้นที่ที่ถูกสุ่ม	<ul style="list-style-type: none"> - ท่านทราบหรือไม่ว่ามีการดำเนินนโยบายกองทุนฯ ในชุมชนของท่าน? - ระดับการมีส่วนร่วมของท่านต่อกิจกรรมที่เกิดจากการดำเนินงานกองทุนฯ - ท่านเห็นด้วยกับต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับใด? - คะแนนความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในภาพรวมของ อปท. ในพื้นที่ - สำหรับการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาลท่านคิดว่ารัฐควรให้ความสำคัญต่อนโยบายด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ในระดับใด? - สำหรับการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพของ

	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	แหล่งข้อมูล	ตัวแปร
				<p>รัฐบาลท่านคิดว่ารัฐควรให้ความสำคัญต่อนโยบายด้านการป้องกันการเกิดโรค ในระดับใด?</p> <p>- สำหรับการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพของ</p> <p>รัฐบาลท่านคิดว่ารัฐควรให้ความสำคัญต่อนโยบายด้านการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในเบื้องต้นแล้ว ในระดับใด?</p>

จำนวนกลุ่มตัวอย่างของการเก็บข้อมูลเชิงสำรวจ คือ 35 คนต่อพื้นที่ คำนวณโดยใช้สูตร sample size for mean estimation

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \sigma^2}{d^2}$$

แทนค่า standard deviation (SD) = 0.4 และค่า d = 0.15 (ใช้ข้อมูลการยอมรับการทำงานของ อปท. จาก งานวิจัยของ สิริรัตน์ เกียรติปฐมชัย และสมบุญ เจริญจิระตระกูล 2555) ได้จำนวนตัวอย่างพื้นที่ ละ 28 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอหากได้ข้อมูลไม่ครบ 20% เพิ่มเป็นพื้นที่ละ 35 คน รวม 10 พื้นที่ ได้ กลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงสำรวจ (Cross-sectional survey) ทั้งสิ้น 350 คน การเลือกกลุ่ม ตัวอย่างใช้วิธีสุ่มจากทะเบียนราษฎร์ รายชื่อประชากรที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ไม่ได้ทำงานให้กับ อปท. หน่วยงาน ฝ่ายปกครองในพื้นที่ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และให้ความยินยอมเก็บข้อมูลในรูปแบบ written consent

ตาราง 3 สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเก็บข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
In-depth interview รวม 64 คน	ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ของ สปสช. เขต 11 ที่	4
	จำนวน 4 คน	
	คณะกรรมการกองทุนฯ ตัวแทนจากฝ่าย อปท.	3x10 = 30
	ภาคประชาชน และหน่วยบริการสาธารณสุข	
	ตัวแทน 3 ฝ่ายจาก ที่ไม่ได้เป็นกรรมการกองทุน	3x10 = 30
Cross-sectional survey รวม 350 คน	ประชาชนในพื้นที่	10 พื้นที่ x 35 คน = 350

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ จะถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา percentage, mean (SD), median (IQR) ตามชนิดและการกระจายของข้อมูล ข้อมูลจากฐานข้อมูล สปสช. ประกอบด้วยข้อมูลการเฝ้าผลการดำเนินงานของกองทุน โดยข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย การใช้เงินกองทุน กิจกรรมที่จัดพร้อมงบประมาณของแต่ละกิจกรรม ข้อมูลทั่วไปของกองทุน ประกอบด้วย ระดับของ อปท. ในพื้นที่ ที่ตั้งกองทุน (อำเภอ และ จังหวัด) เงินงบประมาณทั้งหมด สัดส่วนของงบประมาณที่สมทบจาก อปท. หรือองค์กรอื่นๆ และข้อมูลที่ได้จากการสำรวจประชาชนในพื้นที่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอธิบาย (explanatory variables)

กับตัวแปรผลลัพธ์จะใช้สถิติ Pearson's correlation coefficient ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นตามชนิดของตัว

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ความเห็นจะถูกบันทึกเสียงไว้ทั้งหมด เนื้อหาที่ได้จะนำมาถอดเทปแบบคำต่อคำและวิเคราะห์ด้วยเทคนิค Content analysis และมีการเพิ่มความน่าเชื่อถือของงานด้วยวิธีตรวจสอบเส้าของข้อมูล (data triangulation) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยนักวิจัยหลายคนอย่างเป็นเอกเทศ (investigator triangulation)

ประชุมคืนผลการวิจัยขั้นต้นให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ในวันที่ 28 มิถุนายน 2561 ได้มีการนำเสนอผลการวิจัยเบื้องต้นให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งจาก สปสช. ภาคประชาชน อปท. หน่วยงานสาธารณสุข และ สวรส. โดยมีการนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นโดย ผู้อำนวยการ สวรส. ผู้บริหาร สปสช. เขต 11 ตามด้วยการนำเสนอผลการวิจัยโดยนักวิจัย 3 ท่าน หลังจากนั้นจึงมีการเปิดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เชิญเข้าร่วมการประชุมให้ความเห็นเพิ่มเติม ซึ่งได้ให้ข้อมูลที่เป็นผลการวิจัยเพิ่มเติม และข้อเสนอแนะในแง่มุมต่างๆ ซึ่งส่วนหนึ่งถูกนำมารวบรวมและสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะของงานวิจัยขั้นนี้

ผลการศึกษา

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก/อภิปรายกลุ่ม

สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของ สปสช. เขต 11 จำนวน 4 คน คณะกรรมการกองทุนฯ จาก 10 พื้นที่ที่ทาง สปสช. สุ่มเลือกให้ แบ่งเป็นตัวแทนจากฝ่าย อปท. ภาคประชาชน และหน่วยบริการสาธารณสุข จำนวน 29 คน และตัวแทนจากฝ่าย อปท. ภาคประชาชน และหน่วยบริการสาธารณสุข จำนวน 28 คน¹ รวมทั้งสิ้น 61 คน ใช้เวลาสัมภาษณ์ตั้งแต่ 15-97 นาที

ภายหลังจากการสัมภาษณ์ดังกล่าว พบว่าหลายภาคส่วนได้กล่าวถึงปัญหาของระเบียบข้อจำกัดของกองทุนกับการทำงานของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน จึงได้สัมภาษณ์ทางเจ้าหน้าที่จากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินเพิ่มเติมอีก 2 ท่าน เพื่อให้เข้าใจถึงสภาพปัญหาของกองทุนฯ มากยิ่งขึ้น ซึ่งผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกดังกล่าวสามารถสรุปออกมาได้ 5 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. กองทุนฯ ในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ ในพื้นที่เขต 11

จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกองทุนฯ ในทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน อปท. และหน่วยบริการสาธารณสุข ทั้งที่เป็นกรรมการของกองทุนและไม่ได้เป็นกรรมการของกองทุน พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคนเห็นสมควรให้กองทุนฯ มีการดำเนินการต่อไป

“ควรที่จะส่งเสริม เนื่องจากว่าประชาชนเข้าถึงเงินแหล่งเงินทุนได้ และก็นำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตนะคะ ในส่วนของสุขภาพกายและกัลสุขภาพจิต นอกจากนั้นเค้ายังมองรวมไปถึงสิ่งแวดล้อมที่เค้าจะต้องมีความรับผิดชอบดูแล มันเกิดประโยชน์ครอบคลุมกับตัวเค้าค่ะ” บุคลากรทางสุขภาพที่มีใช้กรรมการกองทุน 3

อย่างไรก็ตามได้มีข้อเสนอต่อการปรับปรุงกองทุนฯ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในประเด็นต่อไปนี้

1.1 ความเข้าใจต่อกฎระเบียบของกองทุนฯ

ระเบียบที่มีอยู่เกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนฯ เป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จและล้มเหลวของการดำเนินการของกองทุนฯ กล่าวคือ ในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จจะมองว่า ระเบียบที่เกิดขึ้นของทางกองทุนฯ ไม่เป็นปัญหาต่อการดำเนินโครงการแต่อย่างใด โดยเห็นว่าระเบียบที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งปกติ เพียงแค่ต้องทำความเข้าใจระเบียบดังกล่าวอย่างดี และจะสามารถใช้เงินของกองทุนฯ ได้อย่างเต็มที่

¹ มีหนึ่งแห่งที่สัมภาษณ์ได้เพียง 3 คน ไม่สามารถสัมภาษณ์ได้ครบ 6 คน อันเนื่องมาจากได้ติดต่อหลายครั้งแล้ว แต่ทางผู้ให้สัมภาษณ์ไม่สะดวก

“คือระเบียบมันมีเยอะมากเลย เลยบางคนก็ไม่กล้า ไม่กล้าเสี่ยง แต่ป่าเป็นคนที่ว่า เราเคยเขียน เคยทำ แล้วเราศึกษาอยู่ตรงนี้ป่าไม่เคยกังวลเรื่องระเบียบ ไม่ว่าทุกเรื่อง ถ้าเราทำสิ่งที่ถูกต้อง ระเบียบไม่ได้เป็นปัญหากับเรา...ระเบียบทุกวันนี้ของกองทุนมันก็เบี๊ยะอยู่นะ แล้วถ้าถามว่าป่ากลัวไหม ป่าไม่กลัว เพราะป่าก็เบี๊ยะเหมือนกันเวลาทำงาน” ตัวแทนภาคประชาชน กรรมการกองทุน 1

นอกจากนี้ด้วยระเบียบการดำเนินงานของกองทุนไม่ได้รับรายละเอียดที่มีความจำเพาะมากนัก ทำให้เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องต้องใช้ดุลยพินิจในการตีความ และการตรวจสอบการใช้งบประมาณที่มีความเคร่งครัด ในหลายพื้นที่ชาวบ้านจึงไม่สามารถจะต่อรองกับการตรวจสอบการใช้งบประมาณที่มีความแข็งทื่อ และเมื่อมีผู้ตรวจสอบที่เข้มงวดอย่างสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรผู้มีความเชี่ยวชาญต่อการเข้าใจระเบียบดังกล่าว โดยพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จดังกล่าวจึงต้องอาศัยผู้บริหารของท้องถิ่นที่มีความรู้ต่อกฎระเบียบต่างๆ อย่างดี เพื่อแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเกี่ยวกับการใช้งบประมาณดังกล่าว ดังจะกล่าวในหัวข้อปัจจัยของความสำเร็จในหัวข้อถัดไป

“[โครงการที่เขียนไม่ถูกต้อง] ก็มีนะคะเราก็สามารถปรับแก้ให้อะคะคือที่นี้เสนอโครงการแล้วก็จะไม่ดี กลับถึง ยังไงแล้วก็จะช่วยปรับแก้ให้คะ จะไม่ปฏิเสธโครงการ” ตัวแทนภาคประชาชน ไม่ใช้กรรมการกองทุนฯ

2

อย่างไรก็ตาม ในหลายพื้นที่ที่ไม่ประสบความสำเร็จในการจัดทำโครงการของกองทุนฯ ได้กล่าวถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจาก ระเบียบที่ยุ้งยาก ไม่เหมาะสมกับสภาพบริบทของพื้นที่ และระเบียบที่ไม่แน่นอน ทำให้ผู้บริหารหลายคนเลือกที่จะไม่ให้ความสำคัญกับกองทุนฯ เพราะการไม่ทำอะไรปลอดภัยกว่าจะเข้าไปเสี่ยงโดยผลที่ได้ออกมาไม่คุ้มเพียงพอ ดังความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องกับกองทุนฯ ได้อธิบายถึงสภาพปัญหาของระเบียบไว้ดังนี้

“...ขั้นตอนการขออนุมัติ ถ้าเป็นอนามัยก็ใช้ตามระเบียบสาธารณสุข ถ้าเป็นโรงเรียน ซึ่งขอจัดเรื่องสอนอย่างเนี้ยก็ใช้ตามระเบียบของเงินโรงเรียนเหมือนกัน แต่ถ้าท้องถิ่นก็ใช้ของท้องถิ่น คำว่าระเบียบนี่คือระเบียบวิธีการใช้นะครับ เกี่ยวกับงานพัสดุ แต่ถามว่า เอ๊ะ ค่าใช้จ่ายในกิจกรรมเนี้ยให้อำเภอบริบทท้องถิ่นเป็นตัวตั้ง ก็คือว่า ถ้าบอกว่าเบรก (อาหารว่าง) ไม่เกิน 25 บาท ก็ต้องไม่เกิน ใครขอก็ตาม...” จนท. สปสช.1

“... แล้วที่ผมว่ามันขยับไม่ได้ก็คือเรื่องของการจำกัดของระเบียบ ตัวนี้ เพราะทำอะไรไม่ได้เลย ผมไปดูแล้วส่วนใหญ่มากที่สุดก็คือที่จะให้ทำคือ ประชุม อบรรม ให้ความรู้ส่วนใหญ่ที่สุดเลย ไปซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์อะไรต่าง ๆ ก็ไม่ได้... แทนที่ที่เราจะได้ดูคนไข้ อย่างคนไข้ติดเตียงเนี้ย แทนที่ที่เราหรือว่าคนไข้ที่เดินไม่ได้หรืออะไรเนี้ย แทนที่ที่เราจะซื้ออุปกรณ์ ซื้อรถเข็นให้ได้ซื้ออะไรให้ได้ด้วย ความเป็นอยู่ในชีวิตที่ว่ามันตรงตามวัตถุประสงค์ของโครงการเนี้ย มันซื้อไม่ได้...” ตัวแทนท้องถิ่น กรรมการกองทุนฯ 3

สำหรับข้อกังวลมากที่สุดเกี่ยวกับเรื่องการใช้งานของกองทุนฯ คือ การตีความของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินที่กองทุนฯ ในหลายพื้นที่ และบางหน่วยงานเห็นว่าเป็นปัญหาเกี่ยวกับการตีความระเบียบที่

ไม่ชัดเจน อันเนื่องมาจากกฎระเบียบไม่มีทางเขียนได้อย่างครอบคลุมในทุกเรื่องในทางปฏิบัติ ดังนั้นกฎระเบียบต่างๆ จำเป็นต้องอาศัยการตีความ แต่การตีความของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกันนั่นเอง โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ที่ตรวจสอบที่มีพื้นฐานต่างกัน ก็ย่อมมองประเด็นปัญหาและข้อกฎหมายที่แตกต่างกัน ดังคำกล่าวที่มีต่อสตง. ดังนี้

“...เวลา สตง. ตรวจสอบ มันมีอยู่ไม่กี่คำ เหมาะสม คุ่มค่า ประหยัด ประหยัดคำสุดท้ายนี้น่ากลัวมาก ... เพราะประสิทธิภาพเป็นไปตามการจัดการ แต่เมื่อไหร่เค้าดูความเหมาะสม คุ่มค่า และประหยัด นี่เสร็จเลยนะครับ เพราะว่าที่บอกว่าไม่ประหยัดเนี่ย บางเรื่องบอกว่าไม่ต้องใช้ อันนี้ไม่ต้องใช้ อันนี้ไม่ต้องใช้ ก็ตัดเลย...” จันท. สปสช.2

ในมุมมองของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินมองว่า สตง. จะพิจารณาเกี่ยวกับการใช้งบประมาณของกองทุนฯ โดยอิงอยู่กับคู่มือปฏิบัติงานกองทุนฯ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2557) ซึ่งยังเห็นว่าปัญหาของกองทุนฯ อยู่ตรงที่ระเบียบค่อนข้างจะเปิดกว้างให้เกิดการตีความมากเกินไป ไม่มีความชัดเจน ส่งผลให้เจ้าหน้าที่จำเป็นต้องใช้ดุลพินิจในการตีความดังกล่าว และโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นของกองทุนฯ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เจ้าหน้าที่ของทางสตง. อาจจะมีข้อจำกัดต่อการพิจารณาว่าการจัดกิจกรรมของกองทุนฯ เป็นไปเพื่อส่งเสริมสุขภาพหรือไม่

“คือมันไม่ชัด ความที่ไม่ชัดเจนของระเบียบของอันเนี่ย เราก็เลยต้องใช้ดุลพินิจ บางครั้งดุลพินิจของเรา ณ วันนี้เป็นอย่างนี้ พอได้คำอธิบายมาเราอาจจะเปลี่ยน กับอีกคนอธิบายมาซ้ำ ๆ ซาก ๆ คีน คีนอย่างเดียว” จันท. สตง. 1

ผู้สัมภาษณ์ “...เช่น กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มีภาวะเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงอย่างนี้ละ คืออย่างส่วนตัวผมเป็นหมอผมคิดว่าอาจจะทำเพื่อกิจกรรม prevention คือกันไม่ให้เกิดโรคก่อน”

เจ้าหน้าที่สตง. “คือมันเป็นทางอ้อมอะนะ ไม่ใช่ทางตรง ที่นี้พอผมมองของเรากับของ... ก็คือว่ามันต้องทางตรง มันรักษาเลยใจ แต่ทางอ้อมเหมือนที่พี่บอกใช้ไหม ที่พี่อ่านเมื่อกี้เหมือนพาเค้าไปเข้าวัดฟังธรรม เนี่ยถามว่าคุณอธิบายเรามาคุณบอกว่าทำให้สุขภาพจิตดี ก็ไม่เป็นโรค เราก็ฟัง ๆ เอ้อ เราก็เข้าใจนะ (หัวเราะ)...” จันท. สตง. 1

ด้วยเหตุนี้ทางสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจึงมองว่ากฎระเบียบที่ค่อนข้างกว้าง จะส่งผลต่อการตรวจสอบและทำงานของทางสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน จึงต้องการให้มีระเบียบที่ชัดเจน เพื่อใช้ในการตรวจสอบติดตามโครงการว่าใช้งบประมาณได้ตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ซึ่งเป็นไปในทิศทางตรงกันข้ามกับทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ตั้งใจให้กฎระเบียบค่อนข้างกว้าง ให้สามารถจะปรับเข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงควรมีการจัดอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ เพื่อการตีความที่ไปในทิศทางเดียวกันด้วย

“ก็ต้องฝากไว้กับ สปสช. ว่าเวลาคุณจัดอบรมทั้งคนรับเงินเอาไปใช้ กับผู้ตรวจ เออ ถูกมั๊ย ผีกอบรม ผึ้งโน้นผึ้งเดียว กับพี่ [สตง.]เธอไม่ได้บอกอะไร มุมมองคนละมุมมองกัน” จันท. สตง. 1

แม้ว่าทุกวันนี้ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีการประชุมหารือกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น แต่จากสิ่งที่พบคือ ข้อตกลงจำนวนมากกระทำกันในระดับผู้บริหารระดับสูงแต่ไม่ได้มีการถ่ายทอดลงมาถึงระดับผู้ปฏิบัติงานที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการตีความดังกล่าว ดังเห็นได้จากข่าวที่ปรากฏตามสื่อ

เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2560 ได้มีการประชุมร่วมกันระหว่าง กระทรวงมหาดไทย สปสช.(สปสช.) และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น เกี่ยวกับแนวทางการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนสุขภาพต่าง ๆ ที่อยู่ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อันเนื่องจากที่ผ่านมามีการติดตามสอบถามเกี่ยวกับการใช้จ่ายงบประมาณ ทำให้ท้องถิ่นหลายแห่งไม่กล้าใช้งบประมาณดังกล่าว จนนำไปสู่เงินที่ค้างรอการเบิกจ่ายกว่า 7,000 ล้านบาท จึงได้ตั้งคณะทำงานร่วมกันคณะหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย สปสช. อปท. และสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว (29) แต่เมื่อทีมวิจัยได้ไปสัมภาษณ์บุคลากรจากหน่วยงานที่ระบุข้างต้นซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยชิ้นนี้หลังจากการประชุมดังกล่าวผ่านไป 2 เดือน กลับไม่ทราบถึงการผลหรือแนวทางการปฏิบัติงานจากการประชุมร่วมดังกล่าว

ตัวอย่างของการตีความที่แตกต่างกันของกฎระเบียบ

การตีความกฎระเบียบของกองทุนฯ ไม่ได้มีการตีความเพียงแบบเดียว เช่น โครงการพระเยี่ยมโยม อันเป็นโครงการหนึ่งที่หลายพื้นที่จัดทำ คือ นิมนต์พระไปเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงให้ในระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะทำบุญ ไหว้พระได้ ก็นิมนต์พระไปเยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้าน ซึ่งโครงการนี้พบว่ามีปัญหาต่อการตีความในระดับหนึ่ง กล่าวคือ ในหลายพื้นที่ยังเชื่อว่าสามารถซื้อของเยี่ยมไปเยี่ยมแก่ผู้ป่วยได้ หรือบางพื้นที่ก็กล่าวว่าอดีตเคยสามารถจะซื้อของเยี่ยมได้ แต่ต้องระบุของเยี่ยมเหล่านั้นโดยใช้ชื่อเรียกว่า “ชุดส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งถือเป็นสินน้ำใจ (มารยาท) สำหรับสังคมไทยที่มีแก่ผู้ป่วย ต่อมาภายหลังทางสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินได้ทักท้วงมาทำให้หลายพื้นที่เลิกการให้ชุดส่งเสริมสุขภาพนี้เสีย แต่ก็ยังคงมีบางส่วนที่ยังคิดว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นสิ่งที่สามารถจะเขียนโครงการของงบประมาณได้ ดังเช่น

“เราไปเยี่ยม เราก็อยากมีของเยี่ยม ... ไป ๆ มือเปล่าแล้วก็รู้สึกว่าจะ แพลก ๆ ถ้าไปเยี่ยมนี้ของเยี่ยม ขึ้นละ 100 200 มันก็เป็นกำลังใจ ก็คือมันมีความรู้สึกว่าจะไปได้ก็ได้ถือไป แต่ว่า... มันอาจจะผิดระเบียบ... บางทีพอเราไม่ เราไปไม่มีของเยี่ยมไปเราก็ต้องไปในอีกแนวทางหนึ่ง อะไรแบบนี้ก็น่าจะต้องปรับกันไป เมื่อก่อนเราเคยมีของเยี่ยม ครั้งหลัง ๆ เราก็ตัดออกไป...” ตัวแทนภาคสาธารณสุข กรรมการกองทุนฯ 4

ขณะที่ทางสปสช. ระบุไว้อย่างชัดเจนในกรณีของเยี่ยมผู้ป่วยว่าไม่สามารถจะดำเนินการได้ เพราะผิดจากระเบียบอย่างชัดเจน

“...ไปเยี่ยมชาวบ้าน ไปเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง อยากจะมี gift set ติดมืออย่างนี้ ถามว่ามันได้มั้ย มันก็ไม่ได้ เพราะมันเรื่องพวกนี้มันต้องทำความเข้าใจที่จะให้ชาวบ้านเค้ามีความเข้มแข็ง...” จนท. สปสช. 1

ขณะที่เจ้าหน้าที่ของทางสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินท่านหนึ่งที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กลับให้ความคิดเห็นตรงกันข้ามกับทาง สปสช. ที่ว่าการมีของเยี่ยมติดมือไปเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงสามารถกระทำได้ ถ้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ

“สมมติจะถ้าพี่ให้ได้พี่ก็ให้ เพราะการไปเยี่ยมคนก็ต้องมีของ มันต้องมีของใช้ใหม่ ที่พี่บอกต้องมีของ แต่มุมมองของบางคนเค้าบอกไม่ได้ แต่ถามว่าติดเตียงมันลุกขึ้นไม่ได้ อาจจะซื้อเบาะไปให้ หรือเหมือนที่บอกว่าคุณให้แต่ใช้ทุกเดือนเค้าไม่เบื่อบ้างหรือ... เราต้องถามกลับอีกว่าคุณต้องไป support ทุกเดือนไหม คุณไปเยี่ยมเป็นครั้งคราวเราไม่ว่า แต่ต่อไปเค้าจะมีใช้ไหมแบบนี้ นี่มันเป็นประเด็นเหมือนกันนะ เพราะถามว่าคุณไม่ได้ไปหาเค้าทุกเดือน...” จนท. สดง. 1

จากทั้งหมดที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าในประเด็นเรื่องการซื้อของเยี่ยมผู้ป่วย ถูกพิจารณาตีความไปหลากหลายแง่มุม ทั้งจากฝ่าย สปสช. เองที่พิจารณาแล้วเห็นไม่สมควรที่จะมีของเยี่ยม ตรงกันข้ามกับทางสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินที่ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ตรวจฯ เองที่อาจจะมีความเห็นต่างกัน จนกระทั่งถึงระดับพื้นที่ที่มีแนวทางการดำเนินงานที่แตกต่างกัน บางพื้นที่ตระหนักว่าไม่สามารถจะทำได้ ขณะที่บางพื้นที่ยังคงดำเนินการต่อไป

นอกจากนี้ในกรณีของการซื้อครุภัณฑ์บางอย่าง ซึ่งตามระเบียบจำเป็นต้องอาศัยการตีความเป็นอย่างมากว่าสามารถซื้อได้หรือไม่ แต่ในหลายที่ได้อธิบายว่า ให้ระบุครุภัณฑ์ดังกล่าวเป็นอุปกรณ์สาริต จะช่วยให้ผ่านการพิจารณาของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินได้ง่ายยิ่งขึ้น (ข้อเสนอแนะจากการประชุมรับฟังและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อผลการดำเนินงานวิจัย 28 มิถุนายน 2561 ณ โรงแรมตะมาลี จ. นครศรีธรรมราช)

2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในช่วง 15 ปี กับความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่าง ๆ ในพื้นที่เขต 11

ผลการดำเนินงานของกองทุนฯ ในรอบ 15 ปีที่ผ่านมา จะพบว่าในแต่ละพื้นที่มีแนวทางการจัดทำข้อเสนอโครงการ ลักษณะโครงการของกองทุนฯ และผู้ที่ใช้เงินของกองทุนฯ คล้ายคลึงกัน อันเนื่องจากกองทุนฯ เพิ่งเริ่มดำเนินการ และด้วยข้อจำกัดของกฎระเบียบต่างๆ ทำให้หลายพื้นที่โครงการไม่ได้มีความแตกต่างกันมากนัก แต่จำเป็นต้องดำเนินการภายใต้ข้อจำกัดของกฎระเบียบที่เปิดพื้นที่ให้ ดังต่อไปนี้

2.1 แนวทางการจัดทำข้อเสนอโครงการ

ความมุ่งหวังของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่คาดหวังให้จัดโครงการภายใต้สภาพปัญหาของพื้นที่นั้น ๆ โดยให้โครงการต่าง ๆ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการทั้ง 5 ข้อ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้ อปท. ดำเนินการและบริหารจัดการกองทุนหรือระดับพื้นที่ พ.ศ. 2557 ข้อ 7 ได้แก่

(๑) เพื่อสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู สมรรถภาพ และ

การรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อให้ กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่อยู่ในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

(๒) เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนหรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่ได้ดำเนินงาน ตามแผนงาน หรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคให้แก่สมาชิกหรือ ประชาชนในพื้นที่ และกรณีมีความจำเป็นต้องจัดซื้อวัสดุที่มีลักษณะเป็นครุภัณฑ์ให้สนับสนุนได้ในวงเงิน ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาทต่อโครงการ วัสดุที่มีลักษณะเป็นครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้อยู่ในความดูแลและบำรุงรักษา ของกลุ่มหรือองค์กรประชาชนหรือหน่วยงานอื่นที่ได้รับการสนับสนุนนั้น ๆ หน้า ๔๒ เล่ม ๑๓๑ ตอนพิเศษ ๕๗ ง ราชกิจจานุเบกษา ๑ เมษายน ๒๕๕๗

(๓) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู สมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ของศูนย์เด็กเล็กหรือศูนย์ชื้ออื่นที่ดำเนิน กิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน หรือศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และคนพิการ หรือศูนย์ชื้ออื่นที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ ในชุมชนตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดเป็นเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของเงินรายรับของกองทุน หลักประกันสุขภาพในแต่ละปีงบประมาณนั้น

(๔) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ต้องไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพในแต่ละปีงบประมาณนั้น และในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อซื้อครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรงครุภัณฑ์นั้นจะต้องมีราคาไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาทต่อหน่วย โดยการจัดซื้อจัดจ้างให้ใช้ระเบียบของ อปท. โดยอนุโลม และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้อยู่ในความดูแลและบำรุงรักษาของ อปท. นั้น ๆ

(๕) กรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติ จ่ายเงินกองทุน เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น เหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ได้

จากประกาศดังกล่าวนำไปสู่ความมุ่งหวังให้การใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่มีลักษณะที่เป็นการใช้งบประมาณเพื่อตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะในแต่ละพื้นที่ เช่น บางพื้นที่มีปัญหาเกี่ยวกับผู้พิการจำนวนมาก ก็ควรที่จะใช้งบประมาณในส่วนนี้ในการช่วยเหลือคนพิการ หรือ บางพื้นที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคความดัน เบาหวาน ไข้เลือดออก ก็ให้ชุมชนสามารถจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

“...ภายใต้สภาพปัญหาพื้นที่ของเค้า คือถามว่าแต่ละพื้นที่มันมีปัญหาอะไร... ยกตัวอย่างเช่น อบต. ... เค้ามีปัญหาเรื่องผู้พิการเนี่ยก็ไปจัดการยังไงให้ผู้พิการเข้าถึงบริการ ในเรื่องของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ถามว่า จะทำอย่างไร เค้าก็มีการประสานกับทางรพ.สต. ให้ลงไปกำหนดขอบเขตโครงการในการเข้าไปดูแล... ถ้าพื้นที่มีปัญหาเรื่องไข้เลือดออก เค้าก็จัดโครงการไปลดปัญหาไข้เลือดออก...” จนท. สปสช.1

2.2 ลักษณะโครงการของกองทุนฯ

ลักษณะโครงการที่เกิดขึ้นของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ ในแต่ละพื้นที่ที่มีลักษณะไม่แตกต่างกันมาก อันเนื่องมาจากทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำโครงการต้นแบบสำหรับให้แต่ละพื้นที่ดูเป็นตัวอย่างในการเขียนโครงการที่มีประสิทธิภาพ การกระทำดังกล่าวส่งผลในสองด้านคือ หนึ่งช่วยให้ภาคประชาชนหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องและสนใจจะเสนอโครงการภายใต้กองทุนฯ มีแบบเบี่ยงต้นในการเขียนโครงการว่าจะใช้งบประมาณส่วนนี้ไปดำเนินการอะไรได้บ้าง แต่ในอีกแง่หนึ่งก็เป็นการจำกัดความคิดของแต่ละพื้นที่ในการนำเสนอโครงการ ทำให้แต่ละพื้นที่มีโครงการที่ไม่แตกต่างกันมาในทางปฏิบัติ ดังที่ตัวแทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพกล่าวไว้

“...เรามีโครงการเมนูโครงการเกือบ 40 โครงการ ตามกลุ่มวัยต่าง ๆ คุณไปเลือกดู ... อยู่ในเว็บเลยครับ อ. คุณไปดูได้เลยครับว่าคุณอยากใช้อะไร ในกลุ่มวัยต่าง ๆ...” จนท. สปสช. 1

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ แสดงให้เห็นว่าโครงการที่เป็นที่จดจำของผู้ดำเนินโครงการและผู้เข้าร่วมโครงการจะมีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันมากในแต่ละพื้นที่ อันเนื่องมาจากโครงการตัวอย่างของทางสปสช. ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น เช่น การจัดประชุมอบรมผู้สูงอายุ การแก้ไขปัญหาเรื่องไข้เลือดออก โครงการเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น (ทั้งนี้พิจารณาโครงการตัวอย่างของ สปสช. ได้ที่ภาคผนวก 1) ดังต่อไปนี้

“กิจกรรมเรากีร์ณรงค์ ฟันหมอกว๊าน และก็ไปแนะนำการใส่ทรายอะเบทให้กับชาวบ้านค่ะ” ตัวแทนภาคประชาชน ไม่ใช้กรรมการกองทุนฯ 5

“โครงการพระเยี่ยมโยม... เขาจะไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่วุ่นนอนติดบ้าน ติดเตียง... เพราะว่าผู้สูงอายุบางท่านคือ ก่อนเขาจะเสียชีวิตเขาอยากพบพระสักครั้ง อยากทำบุญแต่ว่าไปวัดเองไม่ได้แล้ว...มีชื่อของไปให้ ไปเยี่ยม” ตัวแทนท้องถิ่น ไม่ใช้กรรมการกองทุนฯ 6

ซึ่งปัจจุบันก็ยังมีโครงการนี้อย่างต่อเนื่อง

2.3 ใครใช้เงินกองทุน?

โดยตอนเริ่มต้นเกือบทุกพื้นที่ ทางสาธารณสุข (รพ.สต.) และ อสม. จะเป็นหน่วยงานแรก ๆ ที่มาใช้เงินกองทุน เพราะมีความคุ้นเคยกับประเด็นเรื่องสุขภาพมากกว่าภาคส่วนอื่นๆ และเนื่องจากงบประมาณทางด้านสาธารณสุขบางส่วนถูกตัดให้เป็นงบประมาณของกองทุนทำให้ต้องหันมาใช้งบประมาณจากกองทุนแทน

“ยกตัวอย่างเช่น กลุ่ม อสม. พวกนี้ที่ทำโครงการเค้าก็จะรู้ดีในเรื่องของด้านสุขภาพ ... กลุ่มผู้สูงอายุ เค้าก็เลยไม่มีการ ไม่มีความรู้ในเรื่องการนำเสนอโครงการ... ไม่มีความรู้ในเรื่องของข้อมูล หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติ...” ตัวแทนท้องถิ่น กรรมการกองทุนฯ 7

อย่างไรก็ตามในหลายพื้นที่ ภาคประชาชนได้เริ่มเข้ามามีบทบาทในการเขียนโครงการเพิ่มมากขึ้น รวมถึงเข้ามามีส่วนแบ่งในงบประมาณของกองทุนฯ มากกว่าหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข และโดยเฉพาะ

อย่างยิ่งพื้นที่ที่มีภาคประชาชนที่เข้มแข็งมาอยู่แต่เดิม มีการจัดทำกิจกรรมต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่องก่อนจะเกิดขึ้นของกองทุนฯ ก็จะส่งผลให้พื้นที่ดังกล่าวภาคประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการของกองทุนเพิ่มมากขึ้น

“เริ่มแรกป่าไ้ตั้งงบประมาณจาก สสส. มาทำก่อนตลาดนัดขยะนี้แหละ ป่าไ้ตั้งจาก สสส. มา 200,000 แล้วป่าไ้เขียนงบ สสส. ไป 2 ปี พอปีที่ 3 เค้าก็ให้เขียนต่อ แต่ป่าไ้บอกว่าไม่มีเวลา เพราะ สสส. นี่เราต้องไปประชุมเยอะ...” ตัวแทนภาคประชาชน กรรมการกองทุน 1

“เขาเขียนเสนอกองทุนจากสวัสดิการชุมชน ชาวบ้านจะเขียนโครงการขึ้นมาได้ด้วย และเราก็ดูว่าเหมาะสมมั้ย กับพื้นที่ตรงนั้น มีความต้องการเยอะมั้ย สมาชิกที่เขาอยากจะทำเรื่องบางที่อยากจะไปปลูกผักไว้กินเองอะไรอย่าง เนี่ยค่ะ ให้เขาทำโครงการขึ้นมาเสนอ และเราก็มาสอดคล้องกันเรื่องของเรา เอามาเช็กกับระเบียบว่าโอเค ทำได้ ส่งเสริม มันคล้ายๆกับการส่งเสริมกิจกรรมชุมชนอีกทีนึงด้วย” ตัวแทนภาคท้องถิ่น ไม่ได้เป็นกรรมการกองทุนฯ 8

ขณะที่ภาคสาธารณสุขกล่าวถึงเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวว่า นอกจากภาระงานของภาคสาธารณสุขที่เยอะขึ้น ระเบียบของกองทุนฯ ยังคงเป็นอุปสรรคที่สร้างขั้นตอนการปฏิบัติที่ยุงยาก กล่าวคือต้องได้รับการอนุมัติหลายขั้นตอน ผ่านทั้งสาธารณสุขอำเภอ นายอำเภอ เป็นต้น ซึ่งขั้นตอนจะยากกว่าการขอโดยภาคประชาชนเอง ดังนั้นภาคสาธารณสุขบางส่วนจึงแปรสภาพเป็นพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือภาคประชาชนในการจัดโครงการมากกว่า (ข้อเสนอแนะจากการประชุมรับฟังและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อผลการดำเนินงานวิจัย 28 มิถุนายน 2561 ณ โรงแรมตะมาลี จ. นครศรีธรรมราช)

นอกจากนี้ภาคประชาชนยังคงมีข้อจำกัดบางประการในบางพื้นที่ ได้ถูกภาคสาธารณสุขบางส่วนมองว่าประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ อันเนื่องจากประเด็นด้านสุขภาพเป็นประเด็นเฉพาะ จำเป็นต้องอาศัยความรู้บางประการในขั้นพื้นฐาน ซึ่งประชาชนอาจจะไม่มีความรู้ดังกล่าว

“บางทีพอเขียนโครงการมาแล้วมันบางโครงการชุมชนเขาเขียน แต่ว่าพอว่าหลักการจริง ๆ มันทำไม่ได้โดยชุมชน มันต้องทำได้โดยหลักการแพทย์ เขาเขียนโครงการอยากจะตรวจสารเคมีตกค้างในกระแสดเลือดอย่างนี้... ชาวบ้านทำไม่ได้” ตัวแทนภาคสาธารณสุข กรรมการกองทุนฯ 9

3. ผลลัพธ์ และผลกระทบต่อชุมชนจากนโยบายหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชุมชนจากนโยบายหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่สำคัญมีอยู่ 2 ประการ ดังต่อไปนี้

3.1 การมีส่วนร่วมของประชาชน

หมายถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนที่เพิ่มมากขึ้นจากหลักประกันสุขภาพ โดยพบว่า ชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการจัดทำโครงการ จะเกิดจากความร่วมมือที่ดีของชุมชน กล่าวคือ คนในชุมชนมีความตระหนักถึงปัญหาในชุมชนและพร้อมจะขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหา

[ปัจจัยที่ทำให้ภาคประชาชนสนใจ] “เป็นการกระตือรือร้นของคนในพื้นที่อะคะ คือกระตือรือร้นในการใช้สิทธิ์ของตัวเองอะคะว่าเราสามารถมีสิทธิ์อะไรบ้าง ในส่วนตรงไหนบ้างอะ” ภาคประชาชน ไม่ได้เป็นกรรมการกองทุนฯ 2

หรือหากเป็นชุมชนที่เพิ่งเริ่มทำโครงการ ก็จะช่วยให้คนในชุมชนมีความตื่นตัว และมีส่วนร่วมมากขึ้น

“จากเมื่อก่อนเนี่ย พวกชาวบ้านอะคะ เค้าไม่รู้จักการดูแลสุขภาพกันเลย ไม่มีการรวมกลุ่มกันเลย ไม่รู้จักดูแลสุขภาพกันเลย ทีนี้เมื่อมีกองทุนอะไรขึ้นมาแบบนี้ เค้าสามารถเข้าถึงสุขภาพได้ พี่ก็จัดกิจกรรม [ออกกำลังกาย] ทีนี้เค้าก็จะมาออกกำลังกายกันตรงเวลาอะไรประมาณเนี่ย” ตัวแทนภาคประชาชน ไม่ได้เป็นกรรมการกองทุนฯ 10

“สิ่งที่ผมเห็นก็คือ เมื่อก่อนอยู่บ้านใครบ้านมัน ทีนี้พอเกิดมีการรวมตัว แล้วก็ได้มึงบนี้ไปเหมือนกับได้ค่าวิทยากร หรือได้ค่าอะไรอยู่บ้าง นิดๆหน่อยๆ มันก็ทำให้เหมือนกับเกิดการรวมตัว นัดกันไปออกกำลังกาย นัดกันออกไปทัศนศึกษา แทนที่จะอยู่กันแต่ในบ้าน” ตัวแทนภาคประชาชน กรรมการกองทุนฯ 11

3.2 ความยั่งยืนของโครงการ

ในแง่ของนโยบายกองทุนฯ ผู้เข้าร่วมมีความเห็นไปในทางเดียวกันว่าตัวกองทุนฯ ควรดำรงให้ยั่งยืนต่อไป

“ควรส่งเสริมกองทุนเพราะว่าการแก้ปัญหาลุสสุขภาพนั้นมันต้องทำเรื่อยๆ มันไม่จบอะคะเพราะสุขภาพมันมีตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ ตาย มันรู้รึสูรึ เออถ้าเราคอยแต่งบประมาณของทีนี้ของ อบต. บางครั้งมันก็มัน มันไม่ทั่วถึง มันไม่ค่อยครอบคลุมอะ” กรรมการกองทุน ภาคประชาชน 37

“พี่ว่าดี เป็นโครงการต่อเนื่องที่ให้ประชาชนเข้มแข็งดีมาก อยากให้มีต่อไป เขาจะได้รู้คุณค่าของเงินที่รัฐบาลได้จัดสรรมา แล้วคุณจะทำยังไงเงินนี้ ทำโครงการไม่ผิดระเบียบ” กรรมการกองทุน ภาคประชาชน 4

ในแง่ของโครงการที่จัดทำ มักเป็นโครงการที่ได้จัดทำตามต้นแบบโครงการของทาง สปสช. เช่น โครงการเกี่ยวกับการจัดอบรมผู้สูงอายุ โครงการเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง โครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย เช่น

รำไม่พลอง โครงการตรวจคัดกรองผู้ป่วยต่างๆ เป็นต้น ซึ่งหลายพื้นที่ได้แสดงให้เห็นว่าโครงการเหล่านี้ได้มีการจัดมาอย่างต่อเนื่อง มาหลายปี ในขณะที่เดียวกันก็มีความเห็นว่าการจัดโครงการก็เป็นไปในลักษณะการทำซ้ำๆ

“ผมเห็นนะในโครงการส่วนใหญ่เนี่ยเอา พอ ... ใครทำมาก็ อบรม ให้ความรู้ ค่าอาหาร ค่าวิทยากร ... เนี่ย ซึ่งมันแทบจะ ... แล้วทำทุกปีอะ แล้วในๆพื้นที่เดิมๆ แล้วระเบียบมันให้มาอย่างนั้น มันก็ต้องทำอย่างนั้น แล้วก็ทำทุกปี แล้วมันก็เงินเหลือเยอะ” ตัวแทนท้องถิ่น กรรมการกองทุน 40

สำหรับการวัดและประเมินผลโครงการนั้น สามารถวัดได้ยาก เนื่องจากข้อมูลสุขภาพบางอย่างของผู้เข้าร่วมโครงการ จำเป็นต้องอาศัยการติดตามข้อมูลด้วยระยะเวลาที่นาน ว่ามีแนวโน้มดีขึ้นหรือไม่ แต่โครงการต่างๆ ที่ดำเนินการ จะเป็นโครงการในลักษณะ 1 ปีงบประมาณ ไม่ได้มีการติดตามประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่อง หรือตัวชี้วัดบางตัวของแต่ละโครงการ เช่น ปริมาณผู้เข้าร่วม ไม่สามารถจะนำไปสู่ผลทางด้านสุขภาพที่ดีในภาพรวมได้ อันเนื่องจากการจะดูแลสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนนั้นประกอบด้วยหลายปัจจัย จึงไม่สามารถสรุปความคุ้มค่าในการจัดทำโครงการได้ ซึ่งจะขยายความเพิ่มในหัวข้อ 5.1.5 การประเมินโครงการ ในขณะที่หลักเกณฑ์การประเมินการทำงานของกองทุนที่ระบุไว้ใน คู่มือปฏิบัติงานกองทุนฯ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2557) ก็ไม่ได้มีหลักเกณฑ์ในการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพจากกิจกรรมของกองทุน และไม่ได้มีการประเมินการพัฒนาการจัดกิจกรรมที่มีการจัดซ้ำทุกปี

4. ความสอดคล้อง ขัดแย้ง หรือซ้ำซ้อน ของกองทุนฯ กับระบบสวัสดิการชุมชนอื่น ๆ ในพื้นที่เขต 11

ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคน มีความเห็นตรงกันว่ากองทุนฯ ไม่ซ้ำซ้อน เนื่องจากวัตถุประสงค์ของแต่ละกองทุนแตกต่างกันอยู่แล้ว หากมีกองทุนอื่นจะเป็นการส่งเสริมกันและกันมากกว่า

“ไม่ซ้ำซ้อน เพราะว่า เหมือนอันเนี่ยเราต้องเขียนโครงการ เงินจะออกได้เมื่อเราเขียนโครงการ แล้วมันไม่ได้เป็นเรื่องของค่าตอบแทน ก็คือต้องเขียนมาเอาเงินมา ต้องพิจารณาผ่าน เหมือนที่นี้ก็จะมีส่วนตอน ก็คือ อ่า.....ทำแผน ทำแผนก็จะเหมือนกรรมการ สามสี่คนมาพิจารณาแผน.....อันนี้น่าจะได้ ไม่ได้ อันนี้โอเคมัย อันนี้ผิดระเบียบมัย อันนี้เข้ามัย พอพิจารณาแผนเสร็จ กันดประชุม เพื่ออนุมัติแผน....” ตัวแทนภาคสาธารณสุข กรรมการกองทุนฯ 4

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของกองทุนฯ

ภายใต้ความหลากหลายของกองทุนฯ ที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละท้องถิ่นและพื้นที่ที่แตกต่างกัน ทำให้แต่ละแห่งมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและล้มเหลวที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยร่วมของพื้นที่ต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการดำเนินงานของกองทุนฯ ก็พบว่า ปัจจัยเกือบ

ทั้งหมดมีผลทั้งในเชิงบวกและเชิงลบต่อความสำเร็จของกองทุนฯ ด้วยเหตุนี้จึงจะขออธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและล้มเหลวโดยแยกออกเป็น 3 ประเด็นหลักได้แก่ ปัจจัยที่อยู่ภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการกองทุนฯ ปัจจัยนอกเหนือการควบคุมของคณะกรรมการกองทุนฯ แต่ยังคงอยู่ภายใต้กลไกของรัฐ และปัจจัยที่อยู่นอกเหนือกลไกของรัฐ ดังนี้

5.1 ปัจจัยภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการกองทุนฯ

จากการสัมภาษณ์ในพื้นที่ต่าง ๆ พบว่าปัจจัยจำนวนมากที่ส่งผลต่อความสำเร็จและล้มเหลวของกองทุนฯ อยู่ภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการกองทุนฯ เป็นหลัก อันได้แก่ ผู้บริหารของท้องถิ่น/ผู้นำชุมชน/ปราชญ์ชาวบ้าน การประชาสัมพันธ์ของกองทุนฯ โดยคณะกรรมการกองทุนฯ การช่วยเหลือในการเขียนโครงการ กระบวนการพิจารณาโครงการต่างๆ การประเมินผลโครงการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน

โดยปัจจัยต่างๆ เหล่านี้สามารถเป็นทั้งปัจจัยเชิงบวกที่ส่งผลต่อความสำเร็จ และเป็นปัจจัยเชิงลบที่ส่งผลต่อความล้มเหลวด้วยเช่นกัน ดังนี้

5.1.1 ผู้บริหารของท้องถิ่น/ผู้นำชุมชน/ปราชญ์ชาวบ้าน

ผู้บริหารท้องถิ่นที่สำคัญตั้งแต่ระดับนายก อบต. หรือนายกเทศบาล รวมถึงปลัด อบต. หรือ ปลัดเทศบาล จะเป็นได้ทั้งมีส่วนช่วยในการสนับสนุนหรือเหนี่ยวรั้งการดำเนินงานของกองทุนอย่างมาก

5.1.1.1 นายกอบต.หรือนายกเทศบาล

บทบาทหน้าที่ของนายกฯ จะเป็นไปในการกำหนดนโยบายของท้องถิ่น มุ่งประเด็นปัญหา นโยบายที่ตนสนใจ หากนายกมีความสนใจในประเด็นเรื่องสุขภาพ จะดำเนินการติดตามการดำเนินงานของกองทุนผ่าน ปลัด อบต.หรือปลัดเทศบาลในแต่ละพื้นที่ และบางท่านสามารถอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัวกับทางสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินในการสอบถามเกี่ยวกับระเบียบที่ไม่แน่ชัดว่าสามารถกระทำได้หรือไม่

“...ถ้าซื้อไม่ได้ต้องอย่างนั้น ต้อง 12345 ถ้าเราๆตอบกันในกลุ่มเราไม่ได้ คณะกรรมการ เราก็..... ถามไปครับ สอบถามไป สดง. ว่า ...กิจกรรมอย่างนี้...คือทุกครั้งเราก็ไม่มีปัญหา” ตัวแทนท้องถิ่น กรรมการกองทุนฯ 7

นอกจากนี้นายกฯ ในฐานะประธานคณะกรรมการกองทุนฯ จะเป็นผู้สร้างขวัญกำลังใจหรือสร้างศรัทธาในความรู้สึกของผู้จัดทำโครงการได้อย่างดี ว่านายกฯ ได้พยายามที่จะเอาใจใส่และช่วยเหลือผู้จัดทำโครงการหรือไม่ ดังเช่น

“จะประสบความสำเร็จได้คือ 1. ผู้บริหารเค้าให้ออกัสเราใช้ไหม 2. คือ เราเสนอโครงการมา เค้าไม่เคยตัดโครงการเรา แค่ว่าเค้าให้เราปรับแก้โครงการใหม่แค่นั้นเอง เค้าไม่ได้บอกว่า โครงการนี้นะไม่ดีนะต้อง

ตัดทิ้ง ไม่มีนะ เราเขียนโครงการมา 10 โครงการ เราก็กู้ผ่านทั้ง 10 โครงการ แต่เราต้องมาปรับแก้หน่อย ปรับแก้ให้มันรับกับข้อบังคับ ระเบียบ...” ตัวแทนภาคประชาชน กรรมการกองทุนฯ 1

5.1.1.2 ปลัด อบต. หรือปลัดเทศบาล หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นฝ่ายเลขานุการของกองทุนฯ

ปลัดอบต.หรือปลัดเทศบาล หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นฝ่ายเลขานุการของกองทุนฯ จะมีหน้าที่เป็นทั้งผู้ประสานงานและดำเนินงานของกองทุน กองทุนจะเคลื่อนได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับปลัดมีความใส่ใจกับกองทุนฯ มากน้อยเพียงใด กล่าวคือ ถ้าปลัดฯ เห็นความสำคัญของกองทุนฯ จะมีการกระตุ้นให้เกิดการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาคสาธารณสุข ภาคประชาชน ให้มีการเขียนโครงการและพิจารณาโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าปลัดฯ ไม่ได้สนใจกองทุนฯ จะไม่มีผู้ดำเนินการติดต่อให้การดำเนินการของกองทุนเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่น

“...การจัดการสำเร็จหรือไม่สำเร็จเนี่ย ก็คือ 1. ตัวนายก ตัวผู้บริหารเอง 2. ตัวคนที่ run process... โดยคนที่ Run process (ดำเนินกระบวนการ) ส่วนใหญ่ก็จะมอบปลัดเป็นคน run (ดำเนินการ) เอง ...ถ้าปลัดมอบส่วนใหญ่ก็จะมีคน run (ดำเนินการ) ซึ่งคนตรงนี้สำคัญสุด เพราะถ้าคนนี้ไม่ run (ดำเนินการ) นะครับ ยาก ยากที่จะทำ...” จนท. สปสช.3

“...ถ้าทีมเลขาถือเป็นทีม key success เพราะว่าทีมเลขาจะเป็นคนขงทุกเรื่องนะ ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง เบี้ยเลี้ยง การแต่งตั้งอื่นๆ เพื่อที่จะขับเคลื่อนให้มันเกิดอย่างเนี่ย... ส่วนนายกนั้นถือว่าเป็น เป็นบุคคลที่เราต้องพยายามไปติดกับท่าน ให้ท่านเห็นความสำคัญและท่านก็จะเดินต่อให้เราได้ เป็นคน backup ข้างหลังที่ใช้ในการขับเคลื่อน...” จนท. สปสช.2

นอกจากนี้ปลัดหรือฝ่ายเลขานุการที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องกฎระเบียบของกองทุนจะกลายเป็นหลักให้แก่ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกองทุนในดำเนินโครงการว่าเป็นไปตามระเบียบหรือไม่ ซึ่งโดยทั่วไปบุคคลดังกล่าวจะมีความเชี่ยวชาญทางด้านกฎหมายนั่นเอง ดังเช่น

“พอป่าได้มาทำงานตรงนี้เรื่อย ๆ ได้ร่วมกับ ผอ. ท่านเป็นคนเก่ง ท่านก็สามารถแนะนำให้เรา แล้วก็มี การว่า เงินในกองทุนมีแล้ว แล้วสามารถที่จะให้ชุมชนเนี่ยเสนอโครงการเพื่อของงบประมาณตรงนี้ ไปทำให้เกิด ประโยชน์แก่ชุมชน แต่ทำไมชาวบ้านถึงจะได้รับเงินก้อนนี้ เพราะฉะนั้นเราก็กเลยเสนอบอกว่า พวกเขาเขียน โครงการไม่เป็น... ท่านผอ. ก็ให้พวกเรามาอบรมเกี่ยวกับการเขียนโครงการกระดาษแผ่นเดียวนะคะ... เมื่อเรา ได้ความรู้ตรงนี้ไปเสร็จ เค้าก็ให้เราทดลองเขียนโครงการก่อนที่เราจะมาเขียนโครงการจริง เราสามารถเขียน โครงการตรงนั้นได้เสร็จ แล้วก็ตัวป่าเอง ณ เวลานั้นคะ ตัวป่าเอง ณ เวลานั้น ป่านี้ก็ได้เขียนโครงการหลาย โครงการเพื่อของบของกองทุนหลักประกันสุขภาพไปใช้ประโยชน์กับชุมชน...” ตัวแทนภาคประชาชน กรรมการกองทุนฯ 1

ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้บริหารของท้องถิ่นไม่ได้ให้ความสำคัญกับกองทุนฯ จะส่งผลให้การดำเนินงานของกองทุนฯไม่มีประสิทธิภาพ

“ก็ปัจจัยนี้ก็ถือว่าที่นี้ยังขาดความพร้อมของในการบริหารจัดการ ในกรณีของเทศบาลของกองทุน ก็หนึ่งเจ้าหน้าที่ไม่พร้อม บุคลากรของที่ทำตรงนี้ก็เขาก็มีคนเดียวหนึ่ง ก็เหมือนกับจริงๆสำนักงานปลัดเขาก็เป็นเลขที่นี้ก็เหมือนไม่ให้ความสำคัญ ท้องถิ่นนี้ยังคิดก็คิดว่าเขายังคิดว่างานนี้เป็นงานของสาธารณสุขเหมือนกับเป็นงานฝากของเขาที่จริงสาธารณสุขไม่ได้มีอำนาจอะไรตรงนี้เลย” ตัวแทนภาคสาธารณสุข กรรมการกองทุนฯ 9

นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กล่าวตรงกันว่า การเปลี่ยนผู้บริหารของท้องถิ่นไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณของกองทุนนัก กล่าวคือ ในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จต่อการจัดทำโครงการของกองทุนฯ ถึงแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารท้องถิ่น ทั้งระดับนายกฯ หรือปลัดฯ ก็ตาม ไม่ส่งผลให้การดำเนินงานของกองทุนต้องสะดุดลงแต่อย่างใด

“...ถ้าบางที่ที่เค้าวางระบบไว้ดีแล้ว หมายถึงไม่ว่าใครจะมา ใครจะไป กองทุนก็สามารถที่จะเดินได้...”
จนท. สปสช.4

5.1.1.3 ผู้นำชุมชน/ปราชญ์ชาวบ้าน

ในส่วนของผู้นำชุมชนหรือปราชญ์ชาวบ้าน จะพบว่าในบางพื้นที่ที่ภาคประชาชนมีความเข้มแข็งอยู่แต่เดิม และได้มีการรวมกลุ่มของชุมชนที่เข้มแข็ง มีผู้นำที่ไม่ได้มีตำแหน่งในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ก็สามารถมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมของชุมชนได้เป็นอย่างดี ดังเช่น กรณีของเทศบาลแห่งหนึ่ง

“ชุมชนบางแห่งที่เป็นอิสลามคือเค้าจะเชื่อในคำสอน ความศรัทธา โต๊ะอิหม่ามบอกว่าเรื่องน้ำมันเกี่ยวกับทางสุขภาพ [ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก] เค้าก็เกิดความละเอียดในการตรวจ แต่ถ้าโต๊ะอิหม่ามชักพูดให้เข้าประเด็นว่าในเรื่องเนี่ยมันเป็นการดูแลสุขภาพ คือเป็นการดูแลเกี่ยวกับทางความเชื่อ โดยที่มีสามีเค้ายอมรับ เค้าก็สามารถมาตรวจได้ ไขมันเนี่ยมันเป็นอีกรูปแบบหนึ่ง เฉพาะกลุ่ม คือมันไม่ได้ใช้ได้ทุกที่ แต่หลายๆที่อาจจะต้องมีการสร้างแรงจูงใจ [จากผู้นำชุมชน]” ตัวแทนภาคสาธารณสุข ไม่ได้เป็นกรรมการกองทุนฯ 12

5.1.2 การประชาสัมพันธ์

โดยทั่วไปการจะประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกองทุนฯ ในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการใช้งบประมาณ จะต้องอาศัยการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลาย ทั้งไลน์ อินเทอร์เน็ต วารสาร เครือข่ายของชุมชน อสม. ในชุมชน รวมถึงการประชาสัมพันธ์ผ่านหมู่บ้านหรือประชาคมหมู่บ้าน ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้องถิ่นทำโดยตลอดทุกพื้นที่ เพียงแต่บางที่เลือกจะประชาสัมพันธ์เรื่องกองทุนฯ บางที่เลือกไม่ประชาสัมพันธ์ โดยพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จมักจะมีการประชาสัมพันธ์ผ่านประชาคมหมู่บ้านให้ชาวบ้านได้มีความตระหนักในความสำคัญของกองทุน และยังสามารถเป็นการประชาสัมพันธ์โครงการที่ประสบความสำเร็จให้รับรู้ในวงกว้างด้วย

[ช่องทางประชาสัมพันธ์] “ทางไลน์ ทางอินเทอร์เน็ต ทางวารสาร แล้วก็เอกสาร ใบปลิว แล้วก็ทางชุมชน แล้วก็ทาง อสม. มีหมด” ตัวแทนภาคประชาชน ไม่ใช่กรรมการกองทุนฯ 10

ขณะที่พื้นที่ที่ไม่ประสบความสำเร็จ จะไม่ค่อยมีการประชาสัมพันธ์มากนัก

“ไม่ได้ไปประชาสัมพันธ์ เพราะตอนนี้เหมือน เหมือนทำแผน เพราะเค้าไม่ค่อยได้ลงหมู่บ้านสักเท่าไรหรอกค่ะ แต่ถ้าเหมือนเปรียบเทียบกับที่เดิมอะนะค่ะ เหมือนเค้าจะไปทำประชาคมในหมู่บ้าน ที่ก็จะไปด้วย แล้วก็เหมือนเค้าก็จะพูดแต่ละด้านมา ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ก็จะทำให้กองช่างพูดบ้าง อันนี้ก็ให้คนนี้พูด พอมาถึงด้านสาธารณสุขเราจะพูดกันถึงกองทุน และก็คือพอเค้าเสนอมาปุ๊บ เราก็ก็นำเอาที่ชาวบ้านเสนออะค่ะ เข้าไปในแผนงานทันที” ตัวแทนท้องถิ่น กรรมการกองทุนฯ 13

นอกจากนี้จากข้อมูลทำให้เห็นว่านโยบายทางด้านสาธารณสุขไม่ถูกโยงเข้าเกี่ยวข้องกับทางการเมือง ในมุมมองของผู้บริหารท้องถิ่น เพราะผู้บริหารท้องถิ่นมองว่านโยบายด้านสาธารณสุขไม่สามารถไปใช้หาเสียงได้ จึงส่งผลให้บางพื้นที่ที่ผู้บริหารท้องถิ่นจึงหันไปสนใจในประเด็นอื่นที่ผูกพันกับความรับรู้ของประชาชนทั่วไป มากกว่าจะเน้นเกี่ยวกับนโยบายทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีหน่วยงานอื่นที่ดูแลเฉพาะด้านมากกว่า

5.1.3 การเขียนโครงการ

การเขียนโครงการเป็นปัญหาอย่างมากในหลายพื้นที่โดยเฉพาะที่เกิดขึ้นกับภาคประชาชน กล่าวคือ การจัดทำโครงการของกองทุนฯ ซึ่งใช้งบประมาณจากภาครัฐ จำเป็นต้องมีการเขียนโครงการเพื่ออนุมัติงบประมาณ อันเป็นรูปแบบที่ห่างไกลจากความเข้าใจของชาวบ้านจำนวนมาก หลายคนไม่ได้มีความรู้หรือความเชี่ยวชาญในการเขียนโครงการ ทำให้กลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการจัดทำโครงการ ในขณะที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขหรือบุคลากรด้านการศึกษา (โรงเรียน) จะมีความเชี่ยวชาญในการเขียนโครงการมากกว่าภาคประชาชนอย่างมาก ซึ่งหลายพื้นที่ได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการจัดอบรมให้แก่ภาคประชาชนโดยหน่วยงานของ สปสช. หรือหน่วยงานอื่นๆ หรือให้เจ้าหน้าที่ของ อปท. ช่วยเหลือในการพิมพ์หรือเขียนโครงการ ซึ่งระดับของการช่วยเหลือในการเขียนโครงการจะมีแตกต่างกัน ตั้งแต่ช่วยแนะนำในการเขียนโครงการ ช่วยพิมพ์ให้หลังจากที่ประชาชนเขียนโครงการใส่กระดาษมา หรือกระทั่งเขียนโครงการตามความต้องการของประชาชน ดังต่อไปนี้

“มีช่วยให้...แนะนำบ้าง ถ้าเหมือนไม่ ไม่แบบไม่เหมือน เขาอยากขอจริง ๆ แต่เขาไม่มีความรู้อะไรเลยอย่างนี้ ก็ช่วย ช่วยเขียนให้ได้อย่างนี้ค่ะ” ตัวแทนภาคประชาชน ไม่ได้เป็นกรรมการกองทุนฯ 2

“ก็ต้องเขียนแล้วก็เราก็เขียนได้แค่นั้นมันพบนั่นแหละเราก็ไม่ทราบ... ก็นั่นแหละพอนี้ถึงคุยกันอะไหนพบนี้นะทำไมเราเขียนมาแล้วโครงการทำไมไม่ผ่านมันยังมีอะไรพบนี้นะ... เขาก็ว่าเดี๋ยวละ อะไหนเขาก็แนะนำให้ทำพบนี้นะ ฆ่ามาแล้วมันก็ยัง ไม่ผ่านไม่ทราบพบนี้อะ” ตัวแทนภาคประชาชน ไม่ใช่กรรมการกองทุนฯ 14

นอกจากนี้แม้ว่าจะมีการอบรมของทางเจ้าหน้าที่จาก สปสช. หรือมีการกำหนดตัวอย่างโครงการ 41 โครงการของทาง สปสช. ก็ตาม ประชาชนจำนวนมากก็ยังเห็นว่าการเขียนโครงการยังคงเป็นปัญหาอยู่ เพราะไม่คุ้นเคยกับระบบระเบียบราชการต่างๆ และชาวบ้านบางส่วนไม่ได้มีการศึกษาที่สูงมากนัก

“เชิญเจ้าหน้าที่เขตที่สุราษฎร์มาให้ความรู้กันครั้งหนึ่งแล้ว ก็เริ่มให้เขียนโครงการชุมชนแล้วก็ให้กลับไปแก้ว่าผิดตรงไหน อะไรต้องมีส่วนร่วมของชุมชนอะไร... แต่ว่าเรายัง มันมีปัญหาว่าพอไปใช้กับชาวบ้านมันก็ พอแก้ไปแก้มาหลายครั้งเขาก็ไม่ยากแก้ไม่ยากทำ กลายเป็นปัญหา ที่นี้ถ้าเป็นแบบนี้เหมือนกับรพ.สต. ถ้าอยากจะได้ไปมากก็เหมือนต้องไปปรับผิดชอมมากเราก็ไม่มีคน รพ.สต.เองก็มีเจ้าหน้าที่แค่ 3 คน” ตัวแทนภาคสาธารณสุข กรรมการกองทุนฯ 9

ทางแก้ของทาง อปท. ในปัจจุบันสำหรับการแก้ไขปัญหาการเขียนโครงการของประชาชนมีหลายระดับ ตั้งแต่การแนะนำช่วยพิมพ์ให้ จนกระทั่งเขียนโครงการให้กับภาคประชาชน ตามที่ประชาชนตั้งใจจะจัดทำโครงการ

“เขาจะเสนอมาก่อนอะค่ะ แล้วไม่ถูกต้องตรงไหนแล้วก็แก้ไข ช่วยแก้ไขให้เขาเขียนกลับเข้ามาใหม่ ... ถ้าเขาไม่สามารถพิมพ์ได้ก็ที่นี่ช่วยพิมพ์...” ตัวแทนท้องถิ่น ไม่ได้เป็นกรรมการกองทุนฯ 6

5.1.4 กระบวนการพิจารณาโครงการที่ถูกเสนอขึ้นมา

จากข้อมูลในระดับพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จพบว่า แนวทางการบริหารจัดการโครงการที่มีประสิทธิภาพคือ ไม่ใช่เพียงแค่จัดประชุมของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่เพียงครั้งเดียวเพื่อพิจารณากลับกรองโครงการต่างๆ แต่ควรมีคณะทำงานหรือคณะอนุกรรมการโครงการในระดับย่อยในการพิจารณากลับกรองโครงการในเบื้องต้น เพื่อแก้ไขโครงการให้เป็นไปตามระเบียบและตอบตามวัตถุประสงค์ของโครงการก่อน เพื่อให้การประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถพิจารณาได้ด้วยความเร็ว ไม่ติดขัดปัญหาเรื่องกระบวนการดำเนินงานอนุมัติโครงการที่ล่าช้า โดยทั่วไปการประชุมคณะทำงานหรือคณะอนุกรรมการกลับกรองโครงการจะเริ่มประชุมหลังจากเริ่มปีงบประมาณ และประชุมให้เสร็จเรียบร้อยก่อนจะจัดประชุมใหญ่ เพื่อให้ที่ประชุมใหญ่ในการรับรองอนุมัติโครงการที่ผ่านคณะทำงานหรือคณะอนุกรรมการโครงการ

“พอเขียนโครงการ เราเอาขั้นตอนโครงการมาพิจารณาก่อนว่าเขียนถูกไหม ดำเนินตามขั้นตอน สปสข.ไหม เอามาดูแลกัน ถ้าผิดก็ให้เอาไปเขียนใหม่ เอาไปเขียนใหม่ตามรูปแบบเนี่ย เอาตัวอย่างให้เขาดูตามรูปแบบนี้ละ แล้วพอรอบที่สองก็มาพิจารณาโครงการของคณะกรรมการ...” ตัวแทนภาคประชาชน กรรมการกองทุนฯ 15

“...แล้วแต่จัดการค่ะ แต่ของ...เนี่ย นอกจากชุดกรรมการ 17 คนที่ว่าหลัก ๆ อยู่แล้วนะค่ะ คือ เราก็มีกรรมการหลายชุดมาก ทั้งหมด 6-7 ชุดอะค่ะ หลัก ๆ ก็มีชุดกลับกรองโครงการ มีชุดจัดซื้อจัดจ้าง ชุดการเงิน บัญชี ชุดประชาสัมพันธ์ ชุดติดตามโครงการ ซึ่งจะเป็นภาคส่วนของประชาชน...” ตัวแทนท้องถิ่น กรรมการกองทุนฯ 16

นอกจากนี้ช่วงเวลาของการประชุมคณะกรรมการกองทุนฯก็ยังคงมีความสำคัญ กล่าวคือ ควรจะมีการประชุมในแต่ละช่วงเวลาที่เหมาะสมในการพิจารณากลับกรองโครงการและติดตามโครงการต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ไตรมาสละหนึ่งครั้ง

5.1.5 การประเมินผลโครงการ

การประเมินโครงการจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยวัดความสำเร็จล้มเหลวของกองทุนฯ และยังบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของกองทุน อันจะนำไปสู่ความมั่นคงและยั่งยืนของการดำเนินการกองทุนฯ ได้เป็นอย่างดี ซึ่งการประเมินโครงการอาจจะต้องคิดถึงมากกว่าแค่การประเมินการใช้งบประมาณแบบที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินพิจารณาประเมินโครงการ หรือแบบที่ สปสช. ประเมิน กล่าวคือ ทาง สปสช. สนใจตัวกระบวนการ (process) ของโครงการมากกว่าจะสนใจเกี่ยวกับผลผลิต (output) หรือ ผลลัพธ์ (outcome) อันหมายถึง การประเมินจะเป็นไปในลักษณะของการบริหารจัดการในแต่ละพื้นที่มากกว่าว่ามีประสิทธิภาพไหม กระบวนการมีส่วนร่วม และอื่น ๆ เป็นต้น

“เราไม่ได้วัดตัว output outcome นะครับ เราหวังตัว process” จนท. สปสช.3

ขณะที่ทางคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จและสามารถทำได้คือ มีคณะกรรมการในการพิจารณาติดตามโครงการกันตามแต่ละพื้นที่ที่ดำเนินการ เช่น ในบางแห่งได้มีการจัดผู้ติดตามโครงการ 2 คนลงไปในแต่ละโครงการ เพื่อพิจารณาประเมินความสำเร็จของโครงการเพิ่มเติมด้วย อันจะนำไปสู่การพิจารณางบประมาณในปีถัด ๆ ไปให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

“แต่ละโครงการจะมีผู้ติดตามโครงการสองคน... ก่อนที่คุณจะทำโครงการ ก่อนที่คุณจะสำรวจโครงการ คุณต้องแจ้งให้ผู้ตรวจสอบเข้าไปดูอย่างต่อเนื่อง...” ตัวแทนภาคประชาชน กรรมการกองทุนฯ 15

นอกจากนี้การประเมินความสำเร็จของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่หรือระดับท้องถิ่น โดยพิจารณาจากเกณฑ์ของการใช้งบประมาณว่ามีการใช้อย่างคุ้มค่าหรือไม่ อาจจะเป็นปัญหาในบางพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น พื้นที่ที่เป็นชุมชนเทศบาลเมืองหรือเทศบาลนครที่มีประชากรจำนวนมาก ทำให้ได้งบประมาณมาจำนวนมาก โดยกำหนดให้ท้องถิ่นต้องสมทบงบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ทำให้ยากแก่การดำเนินโครงการให้หมดงบประมาณ ทำให้มีเงินเหลือคงค้างจำนวนมาก

“...ที่มีเงินค้างท่ออยู่ประมาณ 4-5 ล้านบาท แต่พอมาหลังจากนั้นมันต้องใช้เงิน ทำโครงการที่มากขึ้นนะคะ เอ้อ ถ้าคิดบอกว่ามันไม่ควรเหลือ 20 เปอร์เซ็นต์ 20 เปอร์เซ็นต์ของ 8 ล้านก็ประมาณ 1.6 ล้าน แต่ถ้าเราหักที่เบื้องต้นค้างท่ออยู่ อันนั้นมันคงต้องใช้ระยะเวลาสักหัวหนึ่ง แต่ตัวดิฉันก็จะมีวิธีการคิดที่อาจจะแตกต่างกัน เอ้อ ตัวดิฉันคิดว่าเราก็จะมีอยู่ที่เกินขึ้นมา สมมติว่าควรที่อยู่ที่ 1.6 ล้าน เราก็จะมีเงินเหลืออยู่ 2.1 ล้าน อันนั้นคือหักเงินที่ค้างท่อ ที่มันค้างท่อเยอะ ๆ แต่เราไปประเมินบอกว่ามันต้องใช้ให้หมด แต่การมีเงินที่ค้างท่ออยู่ มันเป็นเรื่องของ เพราะมันเป็นปีไป ในเรื่องโครงการเราให้เค้าอิสระในการขอไป ถ้าคุณไปบอกว่า เฮ้ย พอถึงระยะเวลาหนึ่ง ดังค์ไม่มีแล้ว มันไม่มีความมั่นคงเลย ถูกมั๊ยคะ... คุณต้องมองในเกณฑ์ชีวิต หนึ่ง คุณต้องมองโครงการ ปริมาณโครงการ ต้องสร้างตัวชีวิตขึ้นมาละคะ แล้วก็อย่าดูจำนวนคน อย่าดูว่าต้องใช้เงินให้หมด ไม่งั้นแล้ว คนทุกคนไปบอกฉันทำโครงการเยอะ ๆ ใช้เงินเยอะ ๆ มันไม่ได้บอกว่าเป็นการมีประสิทธิภาพ ต้องดูว่า 1 ปีคุณมีกี่โครงการ แต่ถ้าโครงการนั้นมันมีส่วนร่วมของภาคประชาชน มันก็ประหยัดเงินรัฐนะ อย่างโครงการออกกำลังกายของพี่ มีการสนับสนุนลงไป ก็คือคนออกกำลังกาย เรื่องสุขภาพเป็น

เรื่องคุณ แต่ถ้าเอาเงินของกองทุนที่เดียวที่คิดว่า มันก็ มันก็ไม่มีความหมาย ถูกไหม ก็ต้องสมทบกัน จะสมทบ น้อยมากไม่เป็นไร แต่ให้มีความรู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วม แต่ไม่ใช่ 100 เปอร์เซ็นต์” ตัวแทนท้องถิ่น กรรมการ กองทุนฯ 17

นอกจากที่กล่าวมาในบางพื้นที่เป็นลักษณะเฉพาะของพื้นที่เกาะ 3 เกาะ ทำให้การจัดกิจกรรมเป็นไป ด้วยความลำบาก ด้วยการเดินทางที่ห่างกันไกลและเดินทางลำบาก รวมถึงอาชีพของประชาชนจำนวนมากทำ อาชีพประมง ทำให้ช่วงเวลากลางวัน มีประชาชนอาศัยอยู่บนฝั่งเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

“ถามว่าถ้ามันไกลแล้วมันเกิดปัญหาอะไร ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่าย... มอแกนที่อยู่อีกฝั่งนึง พอค่าใช้จ่าย มูลค่าเยอะถึงกลายเป็นว่าเจ้าหน้าที่ไม่ไหวมั้ง ค่าใช้จ่ายสูงไฉนนี่ก็เป็นอีกหนึ่งปัญหา ค่าใช้จ่ายสูงแต่เค้าก็เป็นคน ไทยนะครับ... ทำไมเราถึงไปไม่ถึง คุณจะเป็นคนมอแกนที่ไม่มีการศึกษาและขาดคุณสมบัติ ขาดความเป็นอยู่ที่ ลำบากยากแค้นนั่งเรือมาขูดหินปูนที่คุณ ต้องไปหาเค้าสิครับ...” ตัวแทนท้องถิ่น กรรมการกองทุนฯ 18

“เรื่องอาชีพก็มีผลครับ เพราะว่าประมงนี้เขาจะต้องออกหากินตั้งแต่หัวรุ่งตอนเช้า และก็กลับมาตอน เย็นหรือมีดนะครับ เพราะฉะนั้นถ้าในช่วงที่เขาออกไปหาปลาอะไรเยอะๆ นี่เราก้ กลุ่มที่มากี่จะลดลงหน่อยครับ ...” ตัวแทนภาคสาธารณสุข กรรมการกองทุนฯ 19

5.2 ปัจจัยนอกเหนือความควบคุมของคณะกรรมการกองทุนฯ แต่ยังคงอยู่ภายใต้กลไกของรัฐ

การประชาสัมพันธ์กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่หรือระดับท้องถิ่น

โดยทั่วไปกองทุนฯ ไม่เป็นที่รู้จักของประชาชน เนื่องจากเป็นชื่อที่สอดคล้องกับหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) ทำให้ประชาชนจำนวนมากเข้าใจผิด และเนื่องจากกองทุนนี้จัดทำ โดยคนจากท้องถิ่น ชมรมต่าง ๆ อสม. หรือหน่วยงานสาธารณสุข ทั้งที่เป็นคณะกรรมการหรือไม่ได้เป็น คณะกรรมการล้วนมีหลายสถานะในหมู่บ้าน ด้วยเหตุนี้การจะทำให้ประชาชนรู้จักโดยทั่วไปจึงเป็นไปได้ด้วย ความยากลำบาก แม้ว่าประชาชนบางส่วนจะเคยเข้าร่วมกิจกรรมของกองทุนฯ แล้วก็ตามก็อาจจะไม่ทราบว่า ได้เข้าร่วมกิจกรรมของกองทุนฯ

“เหมือนกับคุณหมอมาทำ มา ๆ มานี้มา มาตรวจมะเร็งปากมดลูก ไปเดินบอก อนามัยทำจริง ๆ เงิน อบต. เงินของสปสช. เค้าไม่ได้สนใจครับ ผมว่าคุณหมออำเภอ หมอสาธารณสุข โรงพยาบาลลงไปตรวจ สุขภาพฟัน ใช้งบของสปสช. อบต. เป็นผู้จัดสรรงบ เค้าก็ไปตรวจกัน เค้าก็คิดว่าคุณหมอลงไปทำให้ ไม่ได้รู้ว่า สปสช. นั้นแหละครับ เค้ามองมมุนั้นมากกว่า...” ตัวแทนท้องถิ่น กรรมการกองทุนฯ 18

นอกจากนี้แม้ว่าบางแห่งจะมีการประชาสัมพันธ์ด้วยการเขียนป้าย และระบุว่าได้รับงบประมาณจาก กองทุนฯ แต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จในการสร้างความรู้จักให้แก่ชาวบ้าน

“ในส่วนของ การประชาสัมพันธ์อย่างเหมือนเรื่องในการเขียนป้าย ป้ายนะคะ ป้ายโครงการเราก็จะ เขียนไปเลยว่า งบประมาณที่เราได้รับ... กองทุนหลักประกันสุขภาพ... เหมือนกับว่าเรามีจัดประชุม จัดอบรม

ป้ายข้างล่างเราก็จะใส่ นอกจากชื่อโครงการแล้ว เราก็เขียนว่าบที่สนับสนุนจากที่ไหน มันก็เหมือนเป็นการประชาสัมพันธ์อะไรในตัว...” ตัวแทนภาคสาธารณสุข ไม่ได้เป็นกรรมการกองทุนฯ 20

ขณะที่ข้อมูลจากการสำรวจด้วยแบบสอบถามเชิงปริมาณกับชาวบ้านในพื้นที่ ที่แม้จะมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องในทุกโครงการก็ตาม แต่ประชาชนส่วนมากก็ยังแสดงความคิดเห็นทั้งไม่รู้จักกองทุนฯ หรือสับสนกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากการสำรวจเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง 76.6% ตอบว่า ไม่รู้จักกองทุนฯ หรือไม่แน่ใจ

ผู้ตรวจเฉพาะด้านของ สตง.

ข้อเสนอแนะจากการรับฟังความเห็นจากการนำเสนอผลการดำเนินโครงการวิจัย

“อยากจะเสนอต่อ สตง. นะครับว่าให้มี ให้มีผู้ตรวจเฉพาะด้านนะ คือตอนรับมารับไหนก็ไม่รู้แหละ แต่ว่าถ้ามาตรวจเรื่องสุขภาพนะก็จะต้องมีการทบทวน นะฮะ โดยเฉพาะ นะ จะทำให้คนรู้สึกคลายความอัดอัด หรือว่า คลายนิทาหลง” อดีตเจ้าหน้าที่ สปสช. 1

จากข้อมูล พบว่า สตง. มีบทบาทอย่างมากต่อการพิจารณาโครงการ และทาง สตง. เองก็มีการให้ข้อมูลย้อนกลับว่าเจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ในการประเมินตัวโครงการ จึงเป็นที่มาของข้อเสนอแนะนี้

การจัดตั้ง ระเบียบย่อยของแต่ละกองทุน หรือ ข้อบัญญัติท้องถิ่นที่ตั้งผ่านประชาชน

“มีกฎระเบียบที่เป็นเฉพาะของท้องถิ่น แต่ละท้องถิ่นมันมีวัฒนธรรม มีประเพณี มีความคิด ความเชื่อของคนในพื้นที่ไม่เหมือนกัน เพราะฉะนั้นมันจะต้องมีความต่าง เครื่องมือที่น่าจะเอามาใช้ได้ ป้องกันเรื่องของกฎหมายก็คือ ให้ท้องถิ่นเหล่านั้นทำข้อบัญญัติท้องถิ่นที่ผ่านการรองรับจากภาคประชาชน อันนี้ถ้าเราเขียนข้อเสนอเชิงนโยบายออกเป็นหลักการแบบเนี้ย ก็จะเป็นวิธีการที่แก้ปัญหาก็ได้” ผู้ทรงคุณวุฒิ 2

มีข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมให้ความเห็นการนำเสนอผลการวิจัยว่า อปท. สามารถออกระเบียบ เช่น เทศบัญญัติ เพื่อใช้สำหรับอ้างอิงในการทำโครงการจากงบประมาณกองทุนฯ และสำหรับการตรวจสอบการใช้งบประมาณในภายหลังได้

การประเมินเน้นการมีส่วนร่วมเป็นหนึ่งในวัตถุประสงค์ของการประเมิน

“ถ้าเรามองเจตนารมณ์ตั้งแต่เริ่ม นโยบายต้องเน้นการมีส่วนร่วมนะครับ เพราะงั้นตัวที่ประเมินความสำเร็จจริง อาจไม่ใช่ประเมินที่ผลลัพธ์ที่ตัวประชาชน อาจจะดูในเรื่องของระบบอื่นๆ ที่มีการจัดการนะครับ เช่น อาจจะ [ชุมชน] มีความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น อาจจะดูในเรื่องของ empowerment ทั้งหลายเพิ่มขึ้นรีเปล่า” อดีตเจ้าหน้าที่ สปสช. 1

เจ้าหน้าที่ประจำจ้างไม่ได้ ถ้ากองทุนของ อบท. ขนาดเล็ก

“เหมือนเทศบาล ก เนี่ยเงินก็ไม่เคยเหลือ ทั้งปี ใช้ก็ไม่ยังพอใช้นะครับ คือไม่พอใช้ เพราะว่าชุมชนเขียนมาเยอะมากตอนนี้ เจ้าหน้าที่แทบจะไม่ต้องเขียนเลย” ผู้เข้าร่วมให้ความเห็นการนำเสนอผลโครงการ

“เค้าเป็นกองทุนใหญ่ที่เค้าได้เปรียบคือกองทุนนี้หลักหลายๆแสน 6 7 8 แสนเนี่ย เค้าสามารถใช้เงิน 15% จ้างเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบมาอยู่ แล้วก็เจ้าหน้าที่คนเนี่ยลงไปเชื่อมกับอสม. กับคนในชุมชน เพื่อเอาโครงการมา ได้แต่ความที่มันเป็นรพ.สต.เนี่ย มันไม่มีเวลาจริง ไม่รู้จะทำยังไง เพราะว่ากองทุนเล็กของ รพ.สต. ข เนี่ย ปีหนึ่งงบประมาณ 3 แสน จะเอามาจ้างเจ้าหน้าที่มันก็จะไม่ได้ จะไม่พอครับ เนี่ยมันเป็นข้อได้เปรียบเสียเปรียบอยู่ครับ” ผู้เข้าร่วมให้ความเห็นการนำเสนอผลโครงการ

การเลือกใช้ค่าในการเสนอในโครงการเพื่อเลี่ยงการตรวจสอบของ สตง.

“[ครุภัณฑ์] ในกิจกรรมการต่างๆ นะคะ สตง.บอกเบิกไม่ได้ แต่เราก็ใช้เทคนิคว่า อุปกรณ์สาธิตค่ะ ทุกอย่างเราใช้คำว่าสาธิตนะคะ แล้วก็อย่างกรณีไปเยี่ยมบ้าน เราก็จะใช้บอกว่าวัสดุที่เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยตามที่เวชปฏิบัติแนะนำมานะคะ ก็ อ่า 2 ปีแล้ว ที่สตง.ไปตรวจของเราเนคะ ปีแรกก็ 70 กว่าโครงการ ปีที่ 2 ก็ ปี 60 130 กว่าโครงการ สตง.ไม่ทักห้วงนะคะ เพราะฉะนั้นทำให้ดิฉันมองว่า แล้วก็เคยนำเสนอในที่ประชุมใหญ่ของ สปสช. เขต 11 นะคะว่า อ่า อยากจะให้ สปสช.เนี่ย ได้กำหนดเป็นระเบียบที่ใช้เฉพาะสำหรับกองทุน โดยที่ไม่ต้องไปโยงกับระเบียบการปฏิบัติของทางราชการ ซึ่งมันจะทำให้ผู้ปฏิบัติ เนี่ย เกิดความสับสน แล้วก็ไม่อยากทำ” ผู้เข้าร่วมให้ความเห็นการนำเสนอผลโครงการ

การดำเนินการที่ล่าช้าของระบบ และการแก้ไขปัญหา

บางหน่วยงาน โดยเฉพาะระดับ รพ.สต. มีปัญหาคือความล่าช้าของระบบ ทำให้ได้งบประมาณช้า และดำเนินการได้ช้า ในบางครั้งจึงมีการแก้ไขโดยให้ภาพประชาชนมาช่วยเขียนโครงการเพื่อใช้เงิน

“จริงๆที่อาจารย์ว่า ทำไมรพ.สต.ใช้เงินน้อยลง ไม่ใช่ค่ะ มันเป็นการเบี่ยงประเด็นการใช้เงินของรพ.สต. เพราะว่าการใช้เงินในรพ.สต.เมื่อโอนเข้า ระเบียบเงินบำรุงใช้ยากมากค่ะอาจารย์ 2 เดือนนี้หนูยังไม่ได้ใช้เลย งบประมาณฉุกเฉินใช้เล็ดออกนี่ ดีไป ดีกลับ เดียวนายอำเภอไม่ผ่าน เดียวสาธุอำเภอก็ไม่ผ่าน เดียวจังหวัดไม่ผ่าน QOF มะเร็งปากมดลูก ตัดงบแคมีนา หนูได้งบมากราลายๆปี 2 เดือน QF จะตัดแล้วงบยังไม่ได้เลย เขียนโครงการไป ไม่ได้เลยคะ เพราะฉะนั้นเราเบี่ยงการใช้เงินเป็น ขอยืมมือภาคประชาชน ใช้คำว่า

ขอยืมมือคณะอาจารย์ภาคประชาชน ให้ช่วยใช้งบนี้แทนโดยที่เราเป็นที่ปรึกษา และก็เป็นทุกอย่างอะค่ะ สรุปโครงการก็ทำให้ แต่ว่าขอให้ได้ใช้เงินทันกับงานที่เราต้องการเนื้อหา นะคะ” พยาบาลวิชาชีพ 3

5.3 ปัจจัยที่อยู่นอกเหนือกลไกของรัฐ

การเข้าถึงแหล่งทุนอื่น

ในบางพื้นที่ กองทุนฯ ไม่กลายเป็นเป้าหมายหรือจุดสนใจของทั้งประชาชนในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันเนื่องจากได้มีงบประมาณจากแหล่งทุนอื่น โดยเฉพาะแหล่งทุนของเอกชนที่เข้ามาสนับสนุนในพื้นที่ ซึ่งแหล่งทุนจากภาคเอกชนเหล่านี้มีข้อดีที่ไม่จำเป็นต้องสนใจเกี่ยวกับระเบียบของทางราชการ และกระบวนการยังมีลักษณะที่มีขั้นตอนที่ง่ายกว่า ส่งผลให้พื้นที่เหล่านั้นเลือกใช้แต่เพียงแหล่งทุนของเอกชนในการดำเนินการด้านสุขภาพแทน

“เพียงแต่ว่าในเขต... มันคือ เราจะมิงบประมาณจากหลายทางอะค่ะ และก็ประชาชนเองที่เค้าต้องการจะใช้ก็คือ จะดูอีกอันไหนของง่าย อันไหน... เหมือนกับว่า พอขอแล้ว เอามาใช้แล้ว รายงานผลง่าย เค้าก็จะขออันนั้นก่อน” ตัวแทนท้องถิ่น กรรมการกองทุนฯ 13

“...ที่มีมีเหมือนแร่ด้วย จริง ๆ เราก็ใช้กองทุนนี้บางส่วนด้วย ก็เหมือนซื้อเครื่องวัดความดันอะไรเนี่ย คือเราก็ใช้กองทุนนี้ด้วยค่ะ...” ตัวแทนท้องถิ่น กรรมการกองทุนฯ 16

ประชาชนอาจจะไม่รู้จักตัวกองทุนโดยตรง แต่มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่เกิดขึ้น

“ปี 2560 นะคะ เราได้สนับสนุนงบประมาณ 130 โครงการ 11 ล้านบาทนะคะ องค์กรเครือข่ายที่มาพร้อมกับเรา 64 องค์กรแต่ถ้าพูดถึงเรื่องของการประชาสัมพันธ์เนี่ย นะคะ ถ้าถามชาวบ้านทั่วไปเนี่ยอีกส่วนหนึ่งก็ยังไม่รู้จักกองทุนดีพอ ซึ่งเราทำมา 10 ปีแล้วนะคะ อันนี้นะคะ ก็ยังอ่า ยังข้องใจอยู่เหมือนกันว่า..[ทำไม?]” ผู้เข้าร่วมให้ความเห็นการนำเสนอผลโครงการ

พื้นที่ที่มีความร่วมมือขององค์กรในพื้นที่

“ของเกาะสมุยนะคะ ที่มีความเข้มแข็งนะคะ อันดับแรกเลยคือ คณะกรรมการกองทุนมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของ สปสช. อันที่ 2 นะคะ อ่า ในขณะที่เราประชุม เราจะถอดหัวข้อมทั้งกันหมดนะคะ ท่านยกถอดหัวข้อมของท่านนายกทั้งไป ตัวดิฉันเองเป็นรองปลัดเทศบาล เลขานุการกองทุน ก็ต้องถอดหัวข้อมทั้งไป แล้วเราก็อายุในลักษณะทุกคนที่มีสิทธิ์เท่าเทียมกันนะคะ” ผู้เข้าร่วมให้ความเห็นการนำเสนอผลโครงการ

มุมมองทางการเมืองต่อกองทุนฯ

“ก็ขอพูดในมุมมองของนักการเมืองนะคะ มันเกี่ยวข้องโดยตรงกับนักการเมืองนะคะ เพราะว่ากองทุนเนี่ย สนับสนุนกับทางท้องถิ่นนะคะ พอเราทำโครงการไปปั๊บ มันก็จะมีปัญหาว่าเป็นเรื่องของการหาเสียงนะคะ ซึ่งก็ไม่ทราบเหมือนกันว่าทาง สตง. เนี่ย เขาคิดได้ยังไงนะคะ คำนี้ เพราะว่านักการเมืองทำงานไม่หาเสียงแล้วจะหาอะไรคะ ทุกการกระทำ ทุกกิจกรรมที่เขาทำไปมันก็คือแฝงด้วยการหาเสียงทั้งนั้นนะคะ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของสุขภาพ โครงสร้าง การศึกษา ทุกอย่างแฝงหมดนะคะ” ผู้เข้าร่วมให้ความเห็นการนำเสนอผลโครงการ ตัวแทนท้องถิ่น

การระดมทุนของภาคประชาชน

อีกหนึ่งข้อสังเกตจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคือ ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดจากการเบิกเงินของ สตง. แลโครงการ เมื่อคณะทำงานพบเห็นปัญหาและความจำเป็นในชุมชน (health needs) ก็จะมีการดำเนินการช่วยเหลือผ่านกระบวนการระดมทุนทางชุมชนกันเอง

“ลงไปเยี่ยมผู้ป่วย เราก็เห็นภาพ ค่าต้องการเตียง ค่านอนอยู่กับพื้น ค่าต้องการรถเข็น ไม่ค่อยทำอะไรต่อมิอะไร เราก็เกิดความคิดว่าเราจะช่วยเค้ายังไง ไม่รู้จะไปขอใคร เราก็จัดขึ้นมาเอง ก็มี การเยี่ยมและทำให้ তিনিเตียงมาคนนั้นเค้าก็รู้ว่าที่นี่มี [การดำเนินการ] คนในตำบลท่าเรือกับคนที่อื่นก็ต้องการจะช่วยเหลือบางที่เค้าบริจาคมา บริจาคเตียง รถเข็น รถเข็น 10 คัน เตียง 4 เตียง เป็นเงินก็มี เป็นเงิน เป็นของก็มี เค้ามารวมไว้ที่ศูนย์แล้วก็บริการ ใช้คำว่า เมื่อหมดความจำเป็นกรุณาส่งคืน”

พื้นที่พิเศษ

นอกจากนี้ในบางพื้นที่ที่เป็นพื้นที่ลักษณะพิเศษ คือ ควบรวมหลายเกาะ และห่างไกลกัน และมีประชากรอาศัยอยู่ไม่หนาแน่น แต่ครอบคลุมพื้นที่บริเวณกว้าง และห่างไกลกันอย่างมาก ทำให้เกิดค่าเดินทางในการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ห่างไกลค่อนข้างมาก

“เพราะเป็นประโยชน์ ผมถามคุณ ก็ไปเลย พอไปถึงปั๊บ ก็เด็กนักเรียน 40 กว่าคนก็เต็ม แต่มีที่ผมทำไม่ได้ก็คือ เกาะสุรินทร์ที่มันอยู่ไกล ๆ อะ ถามว่าถ้ามันไกลแล้วมันเกิดปัญหาอะไร ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่าย ...ไทยน่าจะประมาณสัก เอ่อ ตีว่า 70 คน ครึ่งละกัน เป็นไทย...นั่งเรือไปค่าน้ำมันเป็นหมื่นแล้วนะ...” (กรรมการกองทุน ท้องถิ่น)

พื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ เช่น หมู่เกาะ ย่อมไม่สามารถบริหารจัดการรูปแบบเดียวกับพื้นที่อื่นๆ ได้ เพื่อให้ทั้งสามารถใช้งบประมาณของกองทุนฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ผลจากการสำรวจในกลุ่มประชาชนทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้ถูกสรุปไว้ดังตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 350 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 53.2 ปี อาชีพ 3 ลำดับแรก คือ ทำธุรกิจ/ค้าขาย เกษตรกร และพ่อบ้าน/แม่บ้าน/ว่างงาน รายได้เฉลี่ย 10 362.4 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่าง 70% มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (77.1%) ไม่ได้เป็นสมาชิกของกลุ่มใดๆ ในชุมชน

ตาราง 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (%)
เพศ	
ชาย	138 (39.4)
หญิง	212 (60.6)
อายุ (ปี)	
Mean (SD)	53.2 (15.2)
การประกอบอาชีพ	
เกษตรกร	78 (22.3)
รับจ้างทั่วไป	41 (11.7)
ข้าราชการ	8 (2.3)
รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานในการกำกับของรัฐ	1 (0.3)
บริษัทเอกชน (มีเงินเดือนประจำ)	4 (1.1)
ทำธุรกิจ/ค้าขาย (ไม่มีเงินเดือนประจำ)	124 (35.4)
นักศึกษา/นักเรียน	2 (0.6)
เกษียณ	8 (2.3)
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ว่างงาน	76 (21.7)
ไม่สามารถทำงานได้ เช่น มีปัญหาด้านสุขภาพ	8 (2.3)
การเป็นสมาชิกของกลุ่ม / ชมรมในตำบลหรือหมู่บ้าน	
ไม่ได้เป็นสมาชิกของกลุ่มใดๆ ในชุมชน	270 (77.1)
เป็นสมาชิก และเป็นผู้นำของกลุ่ม / ชมรม ในชุมชน	16 (4.6)
เป็นสมาชิกทั่วไป ของกลุ่ม / ชมรม ในชุมชน	63 (18)
ไม่ตอบ	1 (0.3)
ศาสนา	
พุทธ	306 (87.4)
คริสต์	1 (0.3)
อิสลาม	43 (12.3)
ระดับการศึกษาสูงสุดที่เรียนจบ	

ต่ำกว่า ป.4	18 (5.1)
ป.4 – ป.6	170 (48.6)
ม.3	47 (13.4)
ม.6 หรือ ปวช.	53 (15.1)
ปวส.	18 (5.1)
ปริญญาตรี	39 (11.1)
สูงกว่าปริญญาตรี	4 (1.1)
ไม่ตอบ	1 (0.3)
รายได้ส่วนตัวต่อเดือน (บาท)	
Mean (SD)	10 362.4 (14 694.3)
Median (Q ₁ , Q ₃)	8000 (3000, 13 750)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
บัตรทอง/30 บาท/หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	245 (70.0)
ประกันสังคม	41 (11.7)
ข้าราชการ/จ่ายตรง	50 (14.3)
อื่นๆ เช่น รัฐวิสาหกิจ อปท.	4 (1.1)
ไม่ทราบสิทธิ	9 (2.6)
ประกันเอกชน	1 (0.3)

กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งประเมินระดับสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และอีก 40% ประเมินสุขภาพของตนเองในระดับดีและดีมาก 42.9% ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังประมาณครึ่งหนึ่งได้รับการเยี่ยมบ้าน ประมาณ 1 ใน 4 ได้รับการเยี่ยมบ้านที่มีบุคลากรจาก อปท. ร่วมด้วย สถานบริการสาธารณสุขที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการบ่อย 3 ลำดับแรก คือ โรงพยาบาลระดับอำเภอ โรงพยาบาลระดับจังหวัด และคลินิกเอกชน ส่วนใหญ่ (76.0%) ใช้บริการการแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น กลุ่มตัวอย่าง 15.7% สูบบุหรี่ และ 18.6% ดื่มสุราในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (ตาราง 5)

ตาราง 5 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (%)
ภาวะสุขภาพโดยรวมในช่วง 30 วันที่ผ่านมา	
แย่มาก	3 (0.9)
แย่	17 (4.9)
ปานกลาง	184 (52.6)
ดี	115 (32.9)
ดีมาก	30 (8.6)
ไม่ตอบ	1 (0.3)
โรคประจำตัวเรื้อรัง	
ไม่มีโรคประจำตัว	200 (57.1)
มีโรคประจำตัว	150 (42.9)
รูปแบบการสอน/อบรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	(n = 150)
จากแพทย์ ระหว่างการตรวจรักษาตามปกติ	129 (86.0)
จากพยาบาล/บุคลากรอื่นๆ หน้าห้องตรวจ	69 (46.0)
มีการจัดอบรมเป็นพิเศษ	3 (2.0)
การไปเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินการดูแลตนเอง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	(n = 150)
มี โดยบุคลากรทางสาธารณสุขเท่านั้น	34 (22.7)
มี โดยบุคลากรจาก อปท. และสาธารณสุขร่วมกัน	37 (24.7)
ไม่มี	69 (46.0)
ไม่ตอบ	10 (6.7)
สถานบริการทางการแพทย์ ที่ใช้บริการบ่อยที่สุดใน 12 เดือนที่ผ่านมา	
โรงพยาบาลระดับจังหวัด	88 (25.1)
โรงพยาบาลระดับอำเภอ	98 (28.0)
รพ.สต. (สถานีอนามัย) หรือศูนย์บริการสาธารณสุขอื่นๆ	55 (15.7)
คลินิกเอกชน	61 (17.4)
โรงพยาบาลเอกชน	16 (4.6)
ไม่ได้ไปพบแพทย์	26 (7.4)
ไม่ตอบ	6 (1.7)
การเข้ารับการรักษาพยาบาลนอกจากการแพทย์แผนปัจจุบันในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	
ใช้บริการเฉพาะแผนปัจจุบันเท่านั้น ไม่ได้รักษาด้วยแพทย์ทางเลือกอื่นๆ	266 (76.0)
การแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลหรือคลินิก	11 (3.1)
แพทย์พื้นบ้าน/หมอบ้าน	7 (2.0)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (%)
การแพทย์แผนจีน เช่น ฝังเข็ม สมุนไพรจีน	3 (0.9)
ใช้ทั้งแพทย์แผนไทย/แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ	15 (4.3)
ผสมกัน	
อาหารเสริม	32 (9.1)
ไม่ได้ไปพบแพทย์	7 (2.0)
ไม่ตอบ	9 (2.6)
พฤติกรรมกรสูบบุหรี่	
ไม่สูบ และไม่เคยสูบ	259 (74.0)
ไม่สูบ แต่เคยสูบ	36 (10.3)
สูบ	55 (15.7)
พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	
ไม่ดื่ม	285 (81.4)
ดื่ม	65 (18.6)
ทุกวัน	16 (4.6)
ทุกสัปดาห์ (1-6 ครั้ง/สัปดาห์)	9 (2.6)
ทุกเดือน (1-3 ครั้ง/เดือน)	11 (3.1)
นานๆ ครั้ง (น้อยกว่าเดือนละครั้ง)	28 (8.0)

กลุ่มตัวอย่าง 63.1% ตอบว่ามีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เมื่อให้เรียงลำดับหน่วยงานที่จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อปท. ถูกเรียงอยู่ลำดับที่ 1 สูงที่สุด รองลงมาคือ รพ.สต. และ รพช. ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความต่อเนื่อง โดยมีทั้งกิจกรรมทั้งสำหรับผู้ป่วย และกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่เคยช่วยจัดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเกือบ 90% เห็นว่า กิจกรรมที่ถูกจัดส่งผลต่อสุขภาพ ประมาณครึ่งหนึ่งตอบว่ามีระบบการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพในตำบลทั้งสำหรับกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดี เมื่อให้เรียงลำดับกิจกรรมที่รัฐควรจัดสรรงบประมาณเรียงลำดับกิจกรรมที่มีสัดส่วนการให้ลำดับ 1 สูงสุด คือ การป้องกันโรค รักษาโรค สร้างเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มตัวอย่าง 36.8% ตอบว่ามีกิจกรรมหรือมาตรการในชุมชนเกี่ยวกับสุขภาพที่ริเริ่มกันเอง ซึ่งต่ำกว่ากิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมอาชีพ และกิจกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (ตาราง 6)

ตาราง 6 รูปแบบกิจกรรมและพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมจากกองทุนฯ

การเข้าร่วมกิจกรรม	จำนวน (%)
การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในตำบลเมื่อ 12 เดือนที่ผ่านมา	
มี	221 (63.1)
ไม่มี	113 (32.3)
ไม่แน่ใจ	16 (4.6)
หน่วยงานผู้จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในตำบลเมื่อ 12 เดือนที่ผ่านมาโดยเรียงลำดับ	
อปท.	
ลำดับ 1	81 (23.1)
ลำดับ 2 และ 3	47 (13.4)
โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลอำเภอ	
ลำดับ 1	29 (8.3)
ลำดับ 2 และ 3	50 (14.3)
โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล/สถานีนอนมัย	
ลำดับ 1	74 (21.1)
ลำดับ 2 และ 3	39 (11.1)
ประชาชนเป็นผู้ริเริ่มกิจกรรมเอง	
ลำดับ 1	21 (6.0)
ลำดับ 2 และ 3	22 (6.3)
หน่วยงานรัฐอื่นๆ	
ลำดับ 1	5 (1.4)
ลำดับ 2 และ 3	5 (1.4)
ลักษณะกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในตำบลเมื่อ 12 เดือนที่ผ่านมา (ไม่ตอบ = 115)	
กิจกรรมที่มีความต่อเนื่อง (กิจกรรมรูปแบบเดิมหรือต่อยอดที่มีการจัดซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง ในช่วง เวลา 1 ปี)	198 (84.3)
กิจกรรมเดี่ยว ไม่ต่อเนื่อง (จัดเพียงครั้งเดียว)	31 (13.2)
ไม่มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	6 (2.6)
รูปแบบกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในตำบลเมื่อ 12 เดือนที่ผ่านมา (ไม่ตอบ = 114)	
มีเฉพาะกิจกรรมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเท่านั้น	6 (2.5)
มีเฉพาะกิจกรรมสำหรับกลุ่มคนทั่วไป	93 (39.4)
มีทั้งกิจกรรมสำหรับคนทั่วไป และกิจกรรมที่จำเพาะ ต่อกลุ่มผู้ป่วย	121 (51.3)
ไม่แน่ใจ	16 (6.8)

การเข้าร่วมกิจกรรม	จำนวน (%)
การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นภายในตำบล	
เมื่อ 12 เดือนที่ผ่านมา	
- ช่วยจัดกิจกรรม (ครั้ง)	
0	334 (95.4)
1-5	7 (2.0)
6-9	1 (0.3)
>=10	8 (2.3)
- เข้าร่วมกิจกรรม (ครั้ง)	
0	228 (65.1)
1-5	81 (23.1)
6-9	14 (4.0)
>=10	27 (7.7)
ความคิดเห็นต่อผลของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นในตำบล	
(ไม่ตอบ = 2)	
ไม่มีผลต่อสุขภาพเลย	7 (3.0)
มีผลต่อสุขภาพ เล็กน้อย	15 (6.4)
มีผลต่อสุขภาพ ปานกลาง	86 (36.6)
มีผลต่อสุขภาพ มาก	112 (47.7)
มีผลต่อสุขภาพ มากที่สุด	15 (6.4)
ระบบให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเพื่อช่วยการตัดสินใจในการรักษาโรค	
นอกเหนือจากการเข้ารับการรักษายาบาล แก่ “ผู้ป่วย” ตำบล (ไม่	
ตอบ = 4)	
มี	197 (56.9)
ไม่มี	86 (24.9)
ไม่ทราบ	63 (18.2)
ระบบให้คำปรึกษาด้านสุขภาพสำหรับ “ผู้ที่มีสุขภาพดี” (ผู้ที่ไม่มี	
โรคเรื้อรัง และประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ) เพื่อการสร้าง	
เสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น หรือเพื่อการป้องกันการเกิดโรคในตำบล (ไม่	
ตอบ = 1)	
มี	176 (50.3)
ไม่มี	91 (26.1)
ไม่ทราบ	82 (23.5)
ลำดับกิจกรรมด้านสุขภาพที่รัฐบาลต้องจัดสรรเงินงบประมาณโดย	
เรียงจากงบประมาณมากไปหาน้อย (เต็มเลข 1-4)	
รักษาเมื่อเจ็บป่วย	
1	102 (29.1)
2	56 (16.0)

การเข้าร่วมกิจกรรม	จำนวน (%)
3	131 (37.4)
4	56 (16.0)
ฟื้นฟูผู้ที่เสื่อมสมรรถภาพ เช่น พิกการ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น	
1	29 (8.3)
2	63 (18.0)
3	86 (24.6)
4	167 (47.7)
ป้องกันไม่ให้ผู้ที่มีสุขภาพดีเกิดโรค	
1	125 (35.7)
2	126 (36.0)
3	80 (22.9)
4	14 (4.0)
สร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีสุขภาพดีอยู่เดิม ให้ดีขึ้นอีก	
1	89 (25.4)
2	100 (28.6)
3	48 (13.7)
4	108 (30.9)
การจัดทำกิจกรรม หรือมาตรการชุมชน ด้านสุขภาพที่ริเริ่มกันเอง ภายในตำบล จากปัญหาสุขภาพที่เกิดภายในตำบล (ไม่ตอบ = 2)	
มี	128 (36.8)
ไม่มี	220 (63.2)
การจัดทำกิจกรรม หรือมาตรการชุมชน เพื่อส่งเสริมอาชีพ/การหา รายได้ของคนในตำบล (ไม่ตอบ = 1)	
มี	165 (47.3)
ไม่มี	184 (52.7)
การจัดทำนโยบาย หรือมาตรการชุมชน เกี่ยวกับความปลอดภัยใน ชีวิตและทรัพย์สินของคนในตำบล (ไม่ตอบ = 1)	
มี	150 (43.0)
ไม่มี	199 (57.0)

กลุ่มตัวอย่างกว่า 3 ใน 4 ไม่รู้จักหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับกองทุนฯ กลุ่มตัวอย่างที่รู้จักกองทุนประมาณครึ่งหนึ่งไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของกองทุน กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดที่รู้จักกองทุนคิดว่ากองทุนนั้นเกิดประโยชน์ต่อชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าควรส่งเสริมนโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพต่อไป กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเห็นด้วยกับการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น กลุ่มตัวอย่าง 3 ใน 4 คิดว่า อบท. ควรมีบทบาทในการจัดการด้านสุขภาพ ระดับความพึงพอใจในภาพรวมต่อการทำงานของ อบท. อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปกว่า 90% ของกลุ่มตัวอย่าง (ตาราง 7)

ตาราง 7 ความคิดเห็นต่อการดำเนินการกองทุนฯ

ความคิดเห็นต่อการดำเนินการกองทุน	จำนวน (%)
การรับรู้เกี่ยวกับกองทุนฯ	
รู้จัก	82 (23.4)
ไม่รู้จัก/ ไม่แน่ใจ	268 (76.6)
[เฉพาะกลุ่มที่รู้จักกองทุน] การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของ กองทุนฯ (กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล/เทศบาล)	
ทราบ และมีส่วนร่วมในการจัดการกองทุนฯ เช่น เป็นกรรมการ หรืออนุกรรมการ	2 (2.4)
ทราบ และเคยเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดโดยใช้งบประมาณจากกองทุน	20 (24.4)
ทราบ แต่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดโดยใช้ งบประมาณจาก กองทุน	35 (42.7)
ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ	25 (30.5)
[เฉพาะกลุ่มที่รู้จักกองทุน] ความคิดเห็นต่อการให้คะแนนความพึงพอใจต่อ การทำงานของ คณะกรรมการกองทุนฯ (กองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบล/เทศบาล) (ไม่ตอบ = 7)	
น้อยที่สุด – น้อย	7 (9.3)
ปานกลาง	33 (44.0)
มาก – มากที่สุด	35 (46.7)
[เฉพาะกลุ่มที่รู้จักกองทุน] ความคิดเห็นต่อประโยชน์ในการดำเนินงานของ กองทุนฯ (กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล/เทศบาล) (ไม่ตอบ = 7)	
เกิดประโยชน์	69 (92.0)
ไม่เกิดประโยชน์	3 (4.0)
ไม่แน่ใจ	3 (4.0)
[เฉพาะกลุ่มที่รู้จักกองทุน] ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของกองทุนฯ (กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล/เทศบาล) ทำให้สุขภาพดีขึ้น (ไม่ตอบ = 7)	
มีผล	63 (84.0)
ไม่มีผล	5 (6.7)
ไม่แน่ใจ	7 (9.3)
[เฉพาะกลุ่มที่รู้จักกองทุน] รัฐบาลควรส่งเสริมนโยบายการดำเนินงานของ กองทุนฯ (กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล/เทศบาล) ต่อไป (ไม่ตอบ = 14)	
ควรส่งเสริมต่อไป	67 (98.5)
ไม่ควรส่งเสริมต่อไป	1 (1.5)
ความคิดเห็นต่อนโยบายกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น เช่น การจัดตั้ง อปท.	

ความคิดเห็นต่อการดำเนินการกองทุน	จำนวน (%)
การให้ อปท. มีอำนาจในการจัดเก็บภาษีไว้ในท้องถิ่นเองส่วนหนึ่ง (ไม่ตอบ = 2)	
ไม่ควรมีการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น	64 (18.4)
มีหรือไม่มีการกระจายอำนาจก็ไม่ต่างกัน	88 (25.3)
ควรมีการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น	196 (56.3)
ความคิดเห็นต่อบทบาทของ อปท. ในการจัดการด้านสุขภาพ การ รักษาพยาบาล สร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาสุขภาพ ของคนในท้องถิ่น (ไม่ตอบ = 2)	
ควรมีบทบาท	257 (73.9)
ไม่ควรมีบทบาท	10 (2.9)
มีหรือไม่มีบทบาทก็ไม่ต่างกัน	81 (23.3)
ความคิดเห็นต่อนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รวมถึงบัตรทอง/ 30 บาท/สิทธิผู้สูงอายุ (ไม่ตอบ = 1)	
ไม่ควรมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6 (1.7)
มีหรือไม่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ไม่ ต่างกัน	29 (8.3)
ควรมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	314 (90.0)
คะแนนความพึงพอใจต่อการทำงานในภาพรวมของ อปท. ในตำบล/ เทศบาลที่ท่านอยู่อาศัย	
น้อยที่สุด - น้อย	36 (10.3)
ปานกลาง	206 (58.9)
มาก - มากที่สุด	108 (30.9)

สำหรับสถานการณ์ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 11 โดยใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2560 พบว่า ทั้งเขต 11 มีจำนวนกองทุนฯ ทั้งสิ้น 532 กองทุน โดยที่จังหวัดนครศรีธรรมราชมีจำนวนกองทุนมากที่สุด และจังหวัดภูเก็ตมีจำนวนกองทุนน้อยที่สุด รายรับเฉพาะปีงบประมาณ 2560 รวมอยู่ที่กว่า 290 ล้านบาท (ตาราง 8) ส่วนรายรับรวม ซึ่งรวมทั้งเงินเหลือคืน และยอดสะสมจากปีงบประมาณก่อนหน้าอยู่ที่กว่า 780 ล้านบาท โดยที่ 59.8% เป็นยอดเงินคงเหลือสะสมจากปีงบประมาณก่อน 37.2% เป็นรายรับในปีงบประมาณ 2560 และ 3.0% มาจากเงินเหลือคืนจากโครงการ และได้ใช้จ่ายเงินกองทุนออกไป 253,044,812.39 บาท คิดเป็น 32.4% ของรายรับรวม สถานการณ์ในภาพรวมของทั้งประเทศในปีงบประมาณ 2560 มีรายรับรวม 7,775,044,279.45 บาท รายจ่ายรวม 3,283,461,958.24 บาท คิดเป็น 42.2% ของรายรับรวม จึงมีเงินคงเหลือในกองทุนฯ ทั่วประเทศทั้งสิ้น 4,491,582,321.21 บาท (ตาราง 9)

ตาราง 8 จำนวนกองทุนฯ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 และรายรับปีงบประมาณ 2560

จังหวัด	จำนวนกองทุนฯ	รายรับเฉพาะปีงบประมาณ 2560
ชุมพร	76	33,701,949
กระบี่	55	28,191,567
นครศรีธรรมราช	172	94,869,509
พังงา	51	17,629,685
ภูเก็ต	18	31,360,932
ระนอง	28	11,205,928
สุราษฎร์ธานี	132	73,630,403
รวม	532	290,589,973

สำหรับการใช้งบประมาณตามประเภทกิจกรรมนั้น พบว่า มีสัดส่วนการใช้งบประมาณที่คล้ายกันทั้งในระดับเขตสุขภาพที่ 11 และในภาพรวมระดับประเทศ คือ ใช้ในกิจกรรมสนับสนุนหน่วยบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข และกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น สูงที่สุดในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน รองลงมาคือ การสนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ และการบริหาร/พัฒนากองทุนฯสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน และเป็นกิจกรรมสนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติต่ำที่สุด (ตาราง 10)

ตาราง 9 สถานการณ์งบประมาณกองทุนฯ ปีงบประมาณ 2560 (ทั่วประเทศ และเขตสุขภาพที่ 11)

	รายรับ				รายจ่าย	คงเหลือ
	ยอดเงินคงเหลือยกมา	รายรับ	เหลือคืนจากโครงการ	รายรับรวม		
ทั่วประเทศ	4,105,672,454.1	3,481,691,789.2	187,680,036.2	7,775,044,279.5	3,283,461,958.2	4,491,582,321.2
% ของรายรับรวม	52.8%	44.8%	2.4%	100%	42.2%	57.8%
เขตสุขภาพที่ 11	467,376,202.0	290,589,970.1	23,705,459.1	781,671,631.2	253,044,812.4	528,626,818.8
% ของรายรับรวม	59.8%	37.2%	3.0%	100%	32.4%	67.6%

ตาราง 10 การใช้งบประมาณตามประเภทกิจกรรม

	สนับสนุนหน่วยบริการ/ หน่วยงานสาธารณสุข	สนับสนุนกลุ่มหรือองค์กร ประชาชน/หน่วยงานอื่น	สนับสนุนศูนย์ เด็กเล็ก/ ผู้สูงอายุ/คนพิการ	สนับสนุนการบริหาร/ พัฒนากองทุนฯ	สนับสนุนกรณีเกิดโรค ระบาด/ภัยพิบัติ	รวม
ทั่วประเทศ	1,294,466,814.2	1,373,965,585.4	411,322,249.6	335,465,544.3	105,870,489.1	3,521,090,682.6
	36.8%	39.0%	11.7%	9.5%	3.0%	100.0%
เขตสุขภาพที่ 11	114,743,230.2	102,643,845.2	25,497,495.0	25,261,595.7	6,326,523.1	274,472,689.3
	41.8%	37.4%	9.3%	9.2%	2.3%	100.0%

หากคำนวณค่าเฉลี่ยของงบประมาณต่อ 1 กิจกรรม จะพบว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศอยู่ที่ 26,648.08 บาทต่อ 1 กิจกรรม ของเขตสุขภาพที่ 11 อยู่ที่ 30,551.28 บาทต่อ 1 กิจกรรม จากข้อมูลในระดับประเทศ ดังกล่าว หากต้องการใช้เงินกองทุนจนหมดในปี 2560 ต้องเกิดกิจกรรมจากเงินกองทุนทั้งสิ้น 291,768 กิจกรรมทั่วประเทศหรือโดยเฉลี่ย 38 โครงการต่อ 1 อปท. (จำนวน อปท. ปี 2560 = 7,776 แห่ง) (30)

ตาราง 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจากการสำรวจ และผลการใช้จ่ายงบประมาณจากข้อมูล ในฐานข้อมูลของ สปสช. ปีงบประมาณ 2560 โดยใช้สถิติ correlation coefficient พบความสัมพันธ์ระหว่าง การมีกิจกรรมในพื้นที่กับการเข้าร่วมกิจกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างการมีกิจกรรมในพื้นที่กับการสนับสนุน นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการสนับสนุนนโยบายกระจายอำนาจ และความสัมพันธ์ระหว่างการพึงพอใจในการทำงานของ อปท. และการที่ อปท. หรือกลุ่มประชาชนเป็นผู้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่เป็นอันดับ 1 เนื่องจากจำนวน ตัวอย่างพื้นที่ค่อนข้างน้อยสำหรับการทดสอบทางสถิติ (10 พื้นที่) จึงแสดงได้ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันที่ ระดับ $p\text{-value} < 0.1$ ไว้ด้วย โดยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิตินี้ พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนนโยบาย กระจายอำนาจและการมีกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจต่อ อปท. และสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณ

ตาราง 11 ค่า correlation coefficient ระหว่างตัวแปรจากการสำรวจและข้อมูลสัดส่วนการใช้จ่ายงบประมาณ

	มีกิจกรรม เกี่ยวกับการ สร้างเสริม สุขภาพ	เข้าร่วม กิจกรรม เกี่ยวกับ การสร้าง เสริม สุขภาพ	รู้จัก กองทุนฯ	สนับสนุน นโยบาย กระจาย อำนาจ	สนับสนุน นโยบาย หลักประกัน สุขภาพถ้วน หน้า	ความพึง พอใจต่อ อปท.	โครงการที่ อปท. หรือ ประชาชน ทั่วไปจัดเป็น อันดับ 1	สัดส่วนการ ใช้จ่าย งบประมาณ
มีกิจกรรม เกี่ยวกับการ สร้างเสริม สุขภาพ	1.00	0.75*	-0.18	0.61 ^t	0.64*	0.44	0.52	0.49
เข้าร่วมกิจกรรม เกี่ยวกับการ สร้างเสริม สุขภาพ		1.00	0.26	0.31	0.45	0.08	0.45	0.17
รู้จักกองทุนฯ			1.00	-0.51	-0.25	0.14	0.26	-0.38
สนับสนุน นโยบาย กระจายอำนาจ				1.00	0.80*	0.07	0.13	0.42
สนับสนุน นโยบาย หลักประกัน สุขภาพ					1.00	0.30	0.29	0.53
ความพึงพอใจ ต่อ อปท.						1.00	0.74*	0.61 ^t
โครงการที่ อปท. หรือ ประชาชนทั่วไป จัดเป็นอันดับ 1							1.00	0.34
สัดส่วนการใช้ จ่าย งบประมาณ								1.00

หมายเหตุ: * = p-value < 0.05; ^t = p-value < 0.1

สรุป ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อจำกัดของงานวิจัย

สรุปผลการวิจัย

โครงการวิจัยชิ้นนี้มีผลลัพธ์จากการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณโดยสรุป ตามวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ได้ข้อสรุปว่า ทั้งภาครัฐและภาคประชาชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นว่าควรมีการดำเนินงานกองทุนฯ ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกันทั้งผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ไม่มีผู้ใดตอบว่าควรยกเลิกกองทุนฯ แต่มีการกล่าวถึงปัจจัยและอุปสรรคต่อการดำเนินงานกองทุนที่จะได้กล่าวถึงในวัตถุประสงค์ข้ออื่นๆ ผลจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างกว่า 80% ตอบว่ารัฐควรสนับสนุนให้มีการดำเนินงานของกองทุนนี้ต่อไป และ 73% ตอบว่า อปท. ควรมีบทบาทในด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งตรงกับวัตถุประสงค์หลักของนโยบายนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 การตอบโจทย์ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแง่การแก้ไขปัญหาที่มีความจำเพาะต่อท้องถิ่นนั้นถือว่าไม่ประสบความสำเร็จในพื้นที่ส่วนใหญ่ เนื่องจากระเบียบการเงินที่มีความสับสนในระยะแรก มีความเข้มงวดในระยะถัดมา และการตรวจสอบการปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวโดย สตง. ทำให้ท้องถิ่นส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะทำโครงการที่คล้ายๆ กัน และคล้ายกับโครงการตัวอย่าง 41 โครงการที่ สปสช. ได้ทำเป็นเอกสารเผยแพร่ไว้ (ภาคผนวก 1) นอกจากนี้ลักษณะโครงการส่วนใหญ่เป็นไปในรูปแบบของการอบรมให้ความรู้ ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้รับผิดชอบโครงการจากการตรวจสอบของ สตง. หลายปัญหาสุขภาพที่มีความจำเป็นต้องจัดซื้อครุภัณฑ์เพื่อแก้ปัญหานั้นไม่ได้ถูกดำเนินการจากความกลัวการตรวจสอบ กลุ่มภาคประชาชนที่จะใช้งบประมาณกองทุนขาดความรู้ความเข้าใจในการเขียนโครงการตามรูปแบบของราชการทำให้การใช้จ่ายเงินโครงการทำให้ในทางปฏิบัติขาดความคล่องตัวในการนำเงินกองทุนมาใช้ อย่างไรก็ตามผลจากการสำรวจ กว่า 80% ของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่ากิจกรรมที่จัดภายใต้กองทุนเกิดประโยชน์ต่อประชาชน จากข้อมูลล่าสุดมีเงินคงเหลือในกองทุนฯ ทั่วประเทศกว่า 4,000 ล้านบาท และในเขตสุขภาพที่ 11 กว่า 500 ล้านบาท

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 สิ่งที่เกิดกับชุมชนจากนโยบายกองทุนระยะ 15 ปีที่ผ่านมา พบว่า อปท. กลายมาเป็นหน่วยงานที่จัดกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพในชุมชนเป็นอันดับ 1 ในการรับรู้ของประชาชน (ผลจากการสำรวจ) สูงกว่า รพ.สต. เล็กน้อย ภาคประชาชนมีความตื่นตัวด้านสุขภาพมากขึ้นกว่าช่วงก่อนมีนโยบายนี้ (การสัมภาษณ์เชิงลึก) อย่างไรก็ตามจากการสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพียง 35% ที่เข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพในท้องถิ่นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และ 3 ใน 4 ตอบว่ากิจกรรมภายใต้นโยบายกองทุนฯ ส่งผลต่อสุขภาพที่ดี บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขในระยะแรกเป็นผู้ใช้จ่ายเงินกองทุนในการจัดกิจกรรม และในปัจจุบันได้ปรับบทบาทมาเป็นพี่เลี้ยงการจัดกิจกรรมสุขภาพให้แก่ อปท. และกลุ่มประชาชนในพื้นที่ มากขึ้น

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 กองทุนหรือกลไกสวัสดิการอื่นๆ ของทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่ในพื้นที่นั้นไม่มีความซ้ำซ้อนกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น แต่เป็นกลไกที่ช่วยหนุนเสริมกันได้เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์ข้อที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จหรือไม่สำเร็จของการดำเนินงานกองทุน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยภายใต้ความควบคุมของกรรมการกองทุนฯ ปัจจัยภายใต้ความควบคุมของรัฐ และปัจจัยนอกเหนือการควบคุมของรัฐ

ปัจจัยกลุ่มแรก คือ บุคคลสำคัญที่มีบทบาทต่อความสำเร็จได้แก่ นายก อบต./เทศบาล ปลัด อบต./เทศบาล กลไกอนุกรรมการกลั่นกรองโครงการที่ทำงานในลักษณะช่วยเหลือช่วยพัฒนาข้อเสนอโครงการที่ถูกส่งเข้ามา การประชาสัมพันธ์กองทุนฯ ให้แก่ประชาชนซึ่งในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานดีมีการประชาสัมพันธ์นโยบายกองทุนฯ ในสื่อหลากหลายประเภท การเขียนโครงการเพื่อขอใช้งบประมาณจากกองทุนฯ ในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จจะมีกลไกการอบรมหรือช่วยเหลือการเขียนโครงการ

ปัจจัยกลุ่มที่ 2 คือ ความสับสนระหว่างนโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น กับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ซึ่งเน้นการให้บริการรักษา) ทำให้กองทุนฯ ไม่เป็นที่รู้จักมากนัก ระเบียบการใช้งบประมาณและการตรวจสอบของ สตง. เป็นการสร้างความลำบากใจในการนำงบประมาณจากกองทุนไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมที่มีรูปแบบนอกเหนือจากที่ สปสช. ให้อำนาจเป็นตัวอย่าง และอบต. ที่มีขนาดเล็กไม่สามารถใช้งบประมาณกองทุนคิดเป็นสัดส่วนตามระเบียบในการจ้างบุคลากรเต็มเวลาเพื่อรับผิดชอบงานกองทุนฯ ได้ ซึ่งส่งผลให้ขาดผู้รับผิดชอบหลักในงานกองทุนฯ

ปัจจัยกลุ่มที่ 3 คือ ผู้นำชุมชนที่มีความสนใจและมีอิทธิพลทางความคิดหรือมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้บริหาร อบต./เทศบาล มีส่วนช่วยในการจัดกิจกรรมโดยใช้งบประมาณของกองทุนฯ การมีแหล่งทุนอื่นๆ ในพื้นที่ทำให้การใช้จ่ายเงินกองทุนฯ มีความน่าสนใจน้อยลง และการระดมทุนเองของภาคประชาชนในพื้นที่ช่วยเสริมงบประมาณในส่วนที่เงินกองทุนฯ ไม่สามารถใช้ได้ และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษและมีวิถีชีวิตที่แตกต่างจากชุมชนทั่วไป เช่น หมู่เกาะ ทำให้การใช้งบประมาณกองทุนในการจัดกิจกรรมนั้นเป็นไปอย่างยากลำบาก

นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลยังได้ค้นพบข้อสังเกตที่น่าสนใจต่อการดำเนินงานของกองทุน คือ การประเมินผลการดำเนินงานของโครงการ กองทุนฯ ในแต่ละท้องถิ่น ในมุมมองของ สปสช. นั้นเน้นการประเมินกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ ซึ่งสำหรับผู้บริหาร อบต. บางแห่งที่ไม่ได้ส่งเสริมการใช้จ่ายเงินกองทุนฯ มากนักมองว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นภายใต้กองทุนฯ ไม่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดแก่ประชาชน อีกปัจจัยที่น่าสนใจ คือ การที่ อบต. ส่วนใหญ่มองว่านโยบายเกี่ยวกับสุขภาพไม่สามารถเพิ่มคะแนนนิยมได้ในขณะที่ สปสช. และ สตง. มองว่าไม่ควรให้ อบต. ใช้นโยบายกองทุนฯ มาเพิ่มคะแนนนิยมให้ตนเอง (การวิเคราะห์เชิงปริมาณพบความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจต่อการทำงานของ อบต. กับการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และการใช้งบประมาณกองทุนฯ) ลดแรงจูงใจในการที่ อบต. จะดำเนินกิจกรรมโดยใช้งบประมาณของกองทุนฯ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นักวิจัยได้นำผลการวิจัยดังกล่าวนำเสนอแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งจาก สปสช. สวรส. ภาคประชาชน อปท. และหน่วยบริการสาธารณสุข เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2561 นักวิจัยได้กลั่นกรองข้อเสนอแนะจากเวทีคั่นข้อมูลดังกล่าวประมวลรวมกับผลจากการเก็บข้อมูลสังเคราะห์ออกมาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

1. แก้ไขปัญหาเรื่องกฎ ระเบียบ และการตรวจสอบ

มีข้อค้นพบว่าผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกองทุนฯ มีการประชุมหารือกันอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับกฎระเบียบ แต่พบว่าเป็นข้อตกลงจำนวนมากไม่ได้มีการถ่ายทอดลงมาถึงระดับผู้ปฏิบัติงาน (ทั้งฝ่าย อปท. สปสช. และสตง.) ที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการตีความระเบียบดังกล่าว ผู้ให้สัมภาษณ์ทางฝั่ง สปสช. ระดับเขต และสตง. ระดับจังหวัดจึงเสนอแนะให้มีการสรุป ประเด็นเกี่ยวกับกฎระเบียบ และการตีความที่ได้จากการหารือระดับสูงไปยังระดับปฏิบัติการในพื้นที่ให้ได้เข้าใจอย่างตรงกัน เพื่อใช้ข้อตกลงดังกล่าวเป็นเกณฑ์ในการจัดกิจกรรมต่างๆ ของกองทุนฯ ได้

อีกทางเลือกหนึ่งซึ่งมีการเสนอแนะมาจากที่ประชุมคั่นผลการวิจัย คือ อปท. อาจจัดทำระเบียบการใช้เงินของกองทุนในลักษณะเทศบัญญัติ ภายใต้ขอบเขตอำนาจของ อปท. เพื่อใช้อำนาจการใช้งบประมาณสำหรับการตรวจสอบในภายหลัง

หน่วยงานตรวจสอบ เช่น สตง. ต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับการตรวจสอบการใช้งบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการใช้เงินกองทุนฯ โดยเฉพาะความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นเรื่องสุขภาพในระดับเบื้องต้น เพื่อช่วยในการใช้วิจารณ์ในการตีความเกี่ยวกับสุขภาพหรือสุขภาพะซึ่งมีมิติที่กว้างขวางกว่าการรักษาโรค แต่หมายรวมถึงการป้องกันการเกิดโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจจะถูกตีความเป็นประโยชน์ทางอ้อมต่อสุขภาพได้ซึ่งทำให้ถูกเรียกเงินคืนในภายหลัง ประเด็นนี้น่าจะช่วยแก้ไขปัญหเกี่ยวกับความเข้าใจที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและทางฝั่งผู้ตรวจเงินแผ่นดิน กิจกรรมอบรมควรจะถูกจัดโดย สปสช. ระดับเขต

2. สร้างแรงจูงใจให้ผู้บริหาร อปท. ใช้งบประมาณจากกองทุนฯ

หลายพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จล้วนมีผู้บริหาร อปท. ที่สนใจเกี่ยวกับประเด็นเรื่องสุขภาพและการดำเนินงานของกองทุนฯ ในส่วนนี้ควรจะสนับสนุนให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของประเด็นเรื่องสุขภาพอันเป็นส่วนหนึ่งของภารกิจของท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. พ.ศ. 2542 มาตรา 16 ที่กำหนดให้ เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบล มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง โดยกล่าวถึงเรื่องสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล ด้วยเหตุนี้ควรสนับสนุนให้ผู้บริหาร อปท. นำ

ประเด็นเรื่องสุขภาพและการดำเนินงานของกองทุนเป็นส่วนหนึ่งของผลงานของทางท้องถิ่นอย่างชัดเจน ทำให้เรื่องการบริหารจัดการสุขภาพของคนในท้องถิ่นได้มีการบริหารจัดการของท้องถิ่นผ่านกองทุนฯ ในด้านหนึ่ง และประชาชนจะเป็นผู้คอยตรวจสอบการดำเนินงานของท้องถิ่นของตนว่าดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

นอกจากนี้ผลจากการสอบถามในทุกพื้นที่ทั้งในท้องถิ่นที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนฯ เห็นตรงกันว่า ประเด็นเรื่องสุขภาพเป็นประเด็นที่ไม่สามารถใช้เพิ่มคะแนนนิยมทางการเมืองได้ ทำให้หลายพื้นที่ที่ผู้บริหารท้องถิ่นจึงไม่สนใจมากนัก ในขณะที่ทางหน่วยงานอย่าง สปสช. และ สตง. ก็มีแนวคิดที่ว่า ไม่ต้องการให้ อบต. ใช้งบประมาณในการจัดทำโครงการจากกองทุนฯ เป็นประเด็นในการเพิ่มคะแนนนิยมเช่นกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อแรงจูงใจหลักของผู้บริหาร อบต. ซึ่งมีที่มาจากการเลือกตั้งของประชาชน ถูกกีดกันไม่ให้ใช้โครงการจากกองทุนฯ มาในการเพิ่มคะแนนนิยมให้กับตนเอง ก็จะลดแรงจูงใจในการจัดทำโครงการจากงบประมาณของกองทุนฯ เช่นกัน

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุมคืบข้อมูล คือ สปสช. และ สตง. ควรจะเปิดกว้างและเข้าใจว่า ในการปกครองระบอบประชาธิปไตย ผู้บริหารที่มาจากการเลือกตั้งซึ่งเป็นกลไกหลักในการบริหารประเทศภายใต้ระบอบการปกครองนี้ ต้องดำเนินนโยบายที่ได้คะแนนนิยมจากประชาชน ไม่ควรมีแนวคิดกีดกันปิดกั้นในการเชื่อมโยงการดำเนินโครงการจากงบประมาณกองทุนฯ เข้ากับการได้คะแนนนิยมทางการเมืองเสียทีเดียว คือควรมีแนวคิดเปิดให้ทำได้ในระดับที่เหมาะสม หากทำให้ประเด็นเรื่องสุขภาพเป็นหนึ่งในนโยบายที่ใช้หาเสียงในการเลือกตั้งระดับท้องถิ่นได้ ผู้บริหารจะได้หันมาสนใจคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการสุขภาพของคนในพื้นที่มากขึ้น เมื่อมีการพูดถึงเรื่องสุขภาพจากผู้บริหารระดับท้องถิ่นมากขึ้น ก็จะกระตุ้นความตื่นตัวด้านการสนใจด้านสุขภาพแก่ประชาชนมากขึ้น และควรส่งเสริมให้ประชาชนคอยพิจารณาตัดสินผลการดำเนินงานของท้องถิ่นในด้านสุขภาพ และสามารถมุ่งเข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจสอบการใช้งบประมาณจากกองทุนฯ เหมือนการจัดสร้างสาธารณูปโภคอื่นๆ ย่อมจะก่อให้เกิดผลดีแก่ระบบการบริหารจัดการสุขภาพในระยะยาวมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการทำงานของ อบต. กับการจัดกิจกรรมสุขภาพ และการใช้จ่ายงบประมาณ ดังนั้น การจัดทำโครงการสุขภาพก็อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการทำงานของ อบต. จากมุมมองของประชาชนทั่วไปได้เช่นกัน

3. การบริหารจัดการกองทุนฯ ด้านการเขียนโครงการเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุน

กองทุนฯ หลายพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ มีรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ มีอนุกรรมการกลั่นกรองข้อเสนอโครงการ โดยต้องทำหน้าที่ทั้งกลั่นกรอง และช่วยเหลือผู้เขียนโครงการในการเขียนโครงการให้มีความครบถ้วน ถูกต้องตามรูปแบบ นอกจากนี้อนุกรรมการด้านอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ อนุกรรมการด้านประชาสัมพันธ์ ก็ช่วยคณะกรรมการกองทุนฯ ทางด้านประชาสัมพันธ์ คณะอนุกรรมการด้านติดตามประเมินผล จะช่วยเหลือคณะกรรมการกองทุนฯ ในการติดตามโครงการต่าง ๆ ที่

ได้รับการอนุมัติว่าได้ดำเนินการตามที่เขียนไว้จริงหรือไม่ พร้อมทั้งช่วยเหลือในการนำผลสะท้อนจากการจัดกิจกรรมต่าง ๆ กลับมาเป็นประเด็นพิจารณาให้กับคณะกรรมการกองทุนฯ ต่อไปในอนาคต

กองทุนฯ ยังมีทางเลือกที่จะใช้งบประมาณในการบริหารจัดการที่ให้ได้ไม่เกินร้อยละ 15 ของรายรับในแต่ละปีงบประมาณ สำหรับการบริหารจัดการกองทุนมาจ้างบุคลากรเข้ามาช่วยเหลือประสานงานกองทุน ปรับแก้โครงการให้เป็นไปตามระเบียบและกฎเกณฑ์ต่าง ๆ รวมถึงการช่วยติดตามประเมินผลในการดำเนินโครงการต่างๆ เพื่อไม่ให้กระทบงานของเจ้าหน้าที่ อบท. ที่มีอยู่เดิมด้วย ดังตัวอย่างโครงการบริหารจัดการในภาคผนวก 4

อย่างไรก็ตามกองทุนฯ ที่มีศักยภาพในการจ้างบุคลากรเต็มเวลาอย่างน้อย 1 คน หากคิดอัตราเงินเดือน 10,000 บาท เป็นเวลา 12 เดือน จะต้องเป็นกองทุนที่มีรายรับอย่างน้อย 800,000 บาท ต่อ 1 ปีงบประมาณ ซึ่งจากฐานข้อมูลของ สปสช. ในปีงบประมาณ 2560 กองทุนฯ ในเขตสุขภาพที่ 11 ที่มีรายรับอย่างน้อย 800,000 บาท ต่อ 1 ปีงบประมาณเพียง 10.7% กองทุนฯ ส่วนใหญ่จึงมีขนาดเล็กเกินไปที่จะจ้างบุคลากรเต็มเวลาช่วยในการบริหารจัดการกองทุนฯ ได้ ซึ่งอาจมีทางออก คือ มีการจ้างมาช่วยงานแบบไม่เต็มเวลา หรือทาง สปสช. เขต ในฐานะเป็นหน่วยงานกลาง อาจต้องช่วยประสานให้กองทุนฯ ขนาดเล็ก ที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกันร่วมกันจ้างบุคลากรเพื่อช่วยประสานงานกองทุนฯ ก็ได้

นอกจากนี้ บางกองทุนฯ ได้มีการจัดอบรมให้แก่ภาคประชาชนในการเขียนโครงการ เช่น โครงการกระดาดแผ่นเดียว (สอนให้ภาคประชาชนเขียนโครงการที่มีความยาวเพียง 1 หน้ากระดาด) หรือโครงการคล้ายๆ กันที่มีหน่วยงานอื่นจัดขึ้น เช่น โครงการ Smart key man ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการเขียนโครงการซึ่งจัดโดยมหาวิทยาลัยในพื้นที่ เพื่อเพิ่มศักยภาพของประชาชนในการจัดทำโครงการซึ่งได้รับงบประมาณจากแหล่งงบประมาณของรัฐ โดยที่โครงการ Smart key man ได้ถูกจัดทำเพื่อให้ภาคประชาชนสามารถเขียนข้อเสนอโครงการเพื่อรื้อบบงบประมาณจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งกองทุนฯ หรือ สปสช. เขต 11 ควรจัดโครงการลักษณะดังกล่าวให้แก่ภาคประชาชนในพื้นที่เป็นระยะๆ ก็จะมีส่วนช่วยให้เกิดการใช้งบประมาณจากกองทุนฯ มากขึ้น

4. การประชาสัมพันธ์กองทุนฯ

จากการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับกองทุนฯ พบว่า ประชาชนจำนวนมากไม่รู้จักกองทุนฯ มีจากการสัมภาษณ์พบว่ามีความสับสนกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) เพราะชื่อที่คล้ายคลึงกัน และเป็นที่รู้จักมากกว่า การเปลี่ยนชื่อกองทุนฯ ให้จดจำได้ง่ายขึ้น ไม่สับสนกับนโยบายบัตรทอง และทำให้เข้าถึงประชาชนมากขึ้น และเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ เช่น ในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ จะมีการประชาสัมพันธ์ในหลายช่องทางและต่อเนื่อง (ช่องทางสื่อสารที่ใช้ ได้แก่ Facebook จุลสาร เสียงตามสาย การประชุมหมู่บ้าน/ชุมชน)

อีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลบวกต่อการดำเนินโครงการคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ในชุมชนที่ยังขาดความตื่นตัว อาจต้องมีการส่งเสริมโดยผ่านทางสื่อต่างๆ ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำทางศาสนา ผู้นำชุมชน และ อสม.

5. การลดข้อจำกัดในการซื้อครุภัณฑ์

จากข้อค้นพบที่ว่าในบางพื้นที่ภาคประชาชนต้องระดมทุนเองเพื่อจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อผู้ป่วยในชุมชน ในขณะที่ยังคงมีเงินกองทุนฯ เหลืออยู่ และการที่โครงการจากกองทุนฯ ส่วนใหญ่เป็นไปในรูปแบบการอบรมให้ความรู้ ในขณะที่ผู้ป่วยในชุมชนบางคนต้องการเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นแต่ติดขัดที่ระเบียบจึงไม่สามารถนำเงินกองทุนฯ มาใช้ได้ เป็นความลักลั่นที่ไม่ควรจะเกิดขึ้น ระเบียบการใช้เงินกองทุนฯ ควรจะเปิดช่องทางให้มีการซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์จริงต่อผู้ป่วยได้ โดยอาจอนุญาตให้เฉพาะกรณีที่แพทย์ผู้รักษายืนยันความจำเป็นในการใช้ครุภัณฑ์ดังกล่าว และผู้ป่วยมีฐานะที่ยากจนไม่มีกำลังในการซื้ออุปกรณ์ดังกล่าวมาใช้

6. การวางแผนการจัดทำโครงการในเชิงระบบ

เนื่องจากงบประมาณในการจัดทำโครงการจากเงินกองทุนฯ เหลืออยู่ที่ 26,648.08 ต่อโครงการ ในภาพรวมทั้งประเทศ และ 30,551.28 บาท ของเขตสุขภาพที่ 11 ทำให้โดยเฉลี่ยต้องเกิดกิจกรรมประมาณ 38 โครงการต่อ 1 อปท. จึงสามารถใช้งบประมาณที่คงเหลืออยู่ในกองทุนได้หมดพอดี ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่ไม่น้อย

จึงเสนอให้มีการวางแผนการจัดทำโครงการที่ใช้งบประมาณต่อโครงการสูงขึ้น โดย สปสช. ควรสนับสนุนให้กองทุนในแต่ละพื้นที่จัดทำโครงการขนาดใหญ่ที่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของคนในพื้นที่สูงเป็น ส่วนหนึ่งของแผนการจัดทำโครงการระยะยาวของแต่ละกองทุน มิฉะนั้น งบประมาณก็จะยังคงเหลือในกองทุนฯ สะสมเพิ่มพูนไปเรื่อยๆ

โดยทีมวิจัยได้ตัวอย่างโครงการที่ใช้เงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีงบประมาณต่อโครงการเกิน 100,000 บาท เช่น โครงการเยี่ยมบ้านด้วยคุณภาพ ปี 2561 ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครตรัง หรือโครงการรู้เร็วรู้ทันโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ (Stroke alert, Heart alert) ในเขตเทศบาลนครตรัง ปี 2561 ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครตรัง ซึ่งเป็นการให้งบประมาณเพื่อสนับสนุนหน่วยบริการในพื้นที่ในการจัดทำโครงการ สามารถดูรายละเอียดทั้ง 2 โครงการได้ในภาคผนวก 5 และ 6

ข้อเสนอเพิ่มเติมจากที่ประชุมคืบข้อมูล คือ หากต้องการยกระดับการใช้งบประมาณ และการมีส่วนร่วมของ อปท. เกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพ กลไกกองทุนฯ อาจเป็นจุดเริ่มในการถ่ายโอนภารกิจของหน่วยบริการในพื้นที่บางส่วนมายัง อปท. และใช้เงินกองทุนฯ เป็นแหล่งงบประมาณหลัก เช่น ถ่ายโอนภารกิจด้าน

สร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการให้บริการปฐมภูมิเชิงรุกมาให้ อปท. รับผิดชอบแทนหน่วยบริการในพื้นที่

7. การจัดทำให้ท้องถิ่นต่าง ๆ มีความเท่าเทียมกันมากขึ้น

จากสภาพของพื้นที่แต่ละแห่งที่มีความแตกต่างกันอย่างมาก ทำให้ไม่สามารถจะหารูปแบบในการบริหารจัดการที่เป็นรูปแบบเดียวได้ เช่น บางพื้นที่มีประชากรจำนวนน้อยและอยู่ในพื้นที่เกาะห่างกันไกล ย่อมต้องมีการบริหารจัดการแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับพื้นที่เมืองที่มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น เป็นต้น

ด้วยเหตุดังกล่าวหากจะให้เหมาะสมจำเป็นต้องมีสองทางเลือก ทางเลือกแรกคือ สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ควรจัดระดมสมองเพื่อออกแบบรูปแบบการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ขนาดเล็ก และพื้นที่พิเศษ เช่น หมู่เกาะ ที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ และต้นทุนในการเดินทางภายในพื้นที่สูง เพื่อช่วยกันหาแนวทางในการจัดทำโครงการสุขภาพจากกองทุนฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อีกทางออกหนึ่งของพื้นที่ขนาดเล็ก คือ การปรับปรุงให้กองทุนฯ แต่ละแห่งไม่แตกต่างกันมากจนเกินไป เช่น การควบรวมกองทุนฯ ขนาดเล็กให้กลายเป็นกองทุนฯ ที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้มีงบประมาณในการบริหารจัดการที่เพิ่มมากขึ้นสามารถจ้างบุคลากรมาช่วยบริหารจัดการกองทุนฯ แบบเต็มเวลา และสามารถจัดทำกิจกรรมที่หลากหลายมากขึ้นได้ในลักษณะใกล้เคียงกัน

หากแบ่งข้อเสนอดังกล่าวแนะออกเป็น 3 กลุ่มตามผู้รับผิดชอบและชนิดของปัจจัยที่วางไว้จะได้

1) ข้อเสนอแนะการจัดการปัจจัยที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของคณะกรรมการกองทุนฯ คือ

- อปท. สามารถออกระเบียบเกี่ยวกับการใช้งบประมาณกองทุนในลักษณะเทศบัญญัติตามอำนาจหน้าที่ของอปท. เพื่อใช้อำนาจในการตรวจสอบการใช้งบประมาณ
- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามาใช้งบประมาณจากกองทุนฯ ในการจัดทำโครงการ
- การจัดสรร/จัดหาบุคลากรมารับผิดชอบในการบริหารจัดการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกองทุนฯ โดยใช้งบประมาณ ส่วนบริหารจัดการร้อยละ 15 ของรายรับ
- มีอนุกรรมการกลั่นกรองโครงการที่ทำหน้าที่ทั้งกลั่นกรอง และช่วยเหลือผู้เสนอโครงการในการเขียนหรือปรับปรุงโครงการให้เป็นไปตามรูปแบบและระเบียบ
- บุคลากรของ อปท. ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกองทุนฯ ต้องทำความเข้าใจในกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
- คณะกรรมการกองทุนฯ ควรจัดอบรมวิธีการเขียนโครงการให้แก่ภาคประชาชนในพื้นที่เป็นระยะๆ โดยอาจใช้ต้นแบบจากโครงการในพื้นที่ เช่น โครงการกระดาดแผ่นเดียว โครงการ Smart key man เป็นต้น

2) ข้อเสนอแนะการจัดการปัจจัยนอกเหนือความควบคุมของคณะกรรมการกองทุนฯ แต่ยังคงอยู่ภายใต้กลไกของรัฐ คือ

- สปสช. ควรออกระเบียบการใช้จ่ายเงินที่มีรายละเอียดเฉพาะกับการใช้งบประมาณกองทุนฯ และต้องเพียงพอเพื่อใช้อ้างอิงในการตรวจสอบโดย สตง. เพื่อลดการใช้ดุลยพินิจของ สตง.
- จัดให้มีการหารือกันอย่างสม่ำเสมอระหว่าง สปสช. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และ สตง. โดยต้องนำแนวทางจากการหารือส่งต่อไปแก่บุคลากรระดับปฏิบัติการ
- เปิดกว้างให้ อปท. เชื่อมโยงการดำเนินโครงการจากงบประมาณกองทุนฯ เข้ากับการได้คະแนนนิยมทางการเมืองได้ในระดับที่เหมาะสมตรงกับแรงจูงใจของผู้บริหารท้องถิ่น
- สปสช. ระดับเขต จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพการเขียนโครงการให้แก่ภาคส่วนต่างๆ ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการเสนอโครงการ
- การเปลี่ยนชื่อกองทุนฯ โดยใช้คำที่เข้าใจง่าย และไม่คล้ายหรือซ้ำซ้อนกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ซึ่งก่อให้เกิดความสับสนแก่ประชาชน และจะทำให้กองทุนฯ เป็นที่รู้จักมากขึ้น
- ระเบียบการใช้จ่ายเงินกองทุนฯ ควรเปิดช่องทางให้สามารถจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค หรือฟื้นฟูสมรรถภาพโดยอาจใช้การรับรองจากแพทย์หรือหน่วยงานทางสาธารณสุขมาประกอบ
- สปสช. ควรให้ข้อมูลและส่งเสริมให้เกิดโครงการขนาดใหญ่ผลกระทบสูงที่สามารถใช้งบประมาณจากกองทุนฯ ได้
- พิจารณาความเป็นไปได้ในการถ่ายโอนภารกิจ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการปฐมภูมิเชิงรุก ให้แก่ อปท. เป็นผู้รับผิดชอบหลักหาก อปท. มีศักยภาพ
- การรวบรวมกองทุนที่มีรายรับต่อปีงบประมาณ (ไม่รวมงบประมาณคงเหลือสะสม) ต่ำกว่า 800,000 บาท ในพื้นที่ใกล้เคียงกันไว้ด้วยกันเพื่อให้งบประมาณส่วนการบริหารจัดการสามารถจ้างบุคลากรมารับผิดชอบงานกองทุนฯ เต็มเวลาได้น้อย 1 คน
- สปสช. ควรร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นในการระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการบริหารจัดการกองทุนในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น หมู่เกาะ เนื่องจากภูมิประเทศเป็นอุปสรรคให้ไม่สามารถบริหารจัดการกองทุนฯ เหมือนกับพื้นที่ทั่วไปได้

3) ข้อเสนอแนะการจัดการปัจจัยนอกเหนือกลไกของรัฐ คือ

- การให้ความรู้เกี่ยวกับกองทุนให้แก่ผู้นำชุมชนที่ไม่ได้อยู่ภายใต้กลไกภาครัฐ เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำศาสนา เพื่อให้ท่านเหล่านั้นได้ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ แนะนำประชาชน หรือเป็นผู้จัดทำโครงการโดยใช้เงินจากกองทุน ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการใช้งบประมาณจากกองทุนฯ มากยิ่งขึ้น
- ในพื้นที่ที่มีแหล่งทุนอื่นๆ สปสช. หรือ อปท. ควรเข้าหาแหล่งทุนดังกล่าวเพื่อให้ทราบว่าในพื้นที่มีกองทุนฯ อยู่และหาหรือเพื่อให้ร่วมกันสนับสนุนงบประมาณในการจัดโครงการเกี่ยวกับสุขภาพในพื้นที่ในลักษณะที่เติมเต็มกัน โดยงบประมาณจากแหล่งทุนเอกชนใช้ในกรณีที่การใช้เงินกองทุนฯ ไม่สามารถใช้ได้ หรือมีความยุ่งยาก

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยชิ้นนี้ มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อเสนอแนะนั้นได้มาจากผลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งโดยทั่วไปงานวิจัยเชิงคุณภาพเน้นการเข้าใจประสบการณ์และปรากฏการณ์ต่างๆ ผ่านทางผู้ที่มีประสบการณ์นั้นโดยตรง โดยอิงจากบริบทนั้นๆ ไม่ได้เน้น generalizability ของข้อมูล(31) การนำผลการวิจัยและข้อเสนอแนะจากงานวิจัยไปใช้ ผู้นำไปใช้ควรวิเคราะห์บริบทสถานการณ์ที่จะนำไปใช้ว่ามีความใกล้เคียงกับบริบทของพื้นที่ตัวอย่างในงานวิจัยชิ้นนี้เพียงใด

ในส่วนของงานวิจัยเชิงปริมาณ เนื่องจากการคำนวณขนาดตัวอย่างตั้งบนพื้นฐานของการเป็นตัวแทนในภาพรวม (ระดับเขตสุขภาพ) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับพื้นที่ตัวอย่างจึงอาจมีความน่าเชื่อถือไม่เพียงพอที่จะสรุปได้เนื่องจากมีจำนวนตัวอย่างต่อพื้นที่ไม่มากนักซึ่งทีมวิจัยได้วิเคราะห์เพื่อประกอบความเข้าใจเท่านั้น ผู้นำข้อมูลไปใช้ควรอ้างอิงผลการวิเคราะห์ที่เป็นภาพรวมระดับเขตเท่านั้น

บรรณานุกรม

1. วีระศักดิ์ เครือเทพ. ประเมินผลการกระจายอำนาจของไทยระยะ 15 ปี: สังคมไทยได้อะไร ก้าวหน้าไปถึงไหน และจะเดินต่อไปกันอย่างไร? สถาบันพระปกเกล้า. 2557.
2. ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์. การปฏิรูปการกระจายอำนาจ และการจัดการปกครองท้องถิ่น. 2555.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือปฏิบัติงานหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.๒๕๕๗). กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง2557.
4. ดิษณกร สิงห์ยะเมือง, รังสรรค์ สิงห์เลิศ, อวยชัย วัฒนา. รูปแบบ การ พัฒนา ประสิทธิภาพ การ บริหาร จัดการ กองทุน หลักประกัน สุขภาพ จังหวัด ร้อยเอ็ด Development Model on an Effectiveness of Health Security Fund Management in Roi-et Province. วารสารช่อพะยอม (Chophayom Journal). 2015;26(1):57-65.
5. จารุวรรณ ชิโพธิ์, ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว, ธีรยุทธ อุดมพร. การพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลโนนแดง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2560;18(1):68-79.
6. ชญานิศ ลือวานิช. การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครภูเก็ตปี 2556 -2557. การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต2558.
7. ปัญญารัตน์ นุรักษ์. ประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอกำแพง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัยระดับชาติและนานาชาติ กลุ่มระดับชาติด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2015;2(6):303-12.
8. สุนีย์ พัฒราช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดชุมพร. วิชาการแพทย์เขต 11. 2557;8(1):137-47.
9. Hfocus. ปลัด มท.ตั้ง คณะทำงาน 4 ฝ่าย แก่กองทุนสุขภาพท้องถิ่นค้างท่อ 7 พันล้าน. 2560.
10. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. สวัสดิการชุมชน เพื่อความมั่นคงในชีวิตของคนชุมชนท้องถิ่น. 2555.
11. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. คู่มือการดำเนินงานสวัสดิการชุมชนปี พ.ศ.2558. 2558.
12. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. สรุปภาพรวมพื้นที่ปฏิบัติการชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองในปี พ.ศ.2559. 2559 [updated 7 เมษายน 2560]].
13. จันจิรา บัวน้อย. มุลนิธิ ดร.ครุฑ-ปราณี ยอดแก้ว ร่วมกับสมาคมสวัสดิการภาคประชาชนจังหวัดสงขลา จัดพิธีมอบโล่ รางวัล เกียรติบัตร และพิธีไหว้ครู เนื่องในโอกาสวันครู 16 มกราคม สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดสงขลา. 2560.
14. วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์. การจัดสวัสดิการด้วยคนในชุมชน เพื่อคนในท้องถิ่น. 2558.
15. สิริรัตน์ เกียรติปฐมชัย, สมบูรณ์ เจริญจิระตระกูล. ปัญหาการจัดการกองทุนการออมและสวัสดิการชุมชน. วารสารเศรษฐศาสตร์ปริทรรศน์ สถาบันพัฒนศาสตร์ ปีที่ 6 2555;เล่มที่ 1:หน้า 107-33.

16. ภัทกร ไชยวงศ์. การประเมินระบบการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น. การประชุมมหาดไทยวิชาการ; 10 พฤษภาคม 2556:2556. p. 65-73.
17. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. การวิจัยนโยบายสาธารณะ: ประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่. 2550.
18. Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. 2015 International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund. 2016.
19. Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 2014. [12 February, 2017]; Available from: <http://www.aihw.gov.au/australias-health/2014/preventing-ill-health/#t3>.
20. Allin S, Rudoler D. The Canadian health care system, 2014. International profiles of health care systems. 2014:21-31.
21. Musau S. The Community Health Fund: assessing implementation of new management procedures in Hanang district Tanzania. 2004.
22. Kamuzora P, Gilson L. Factors influencing implementation of the Community Health Fund in Tanzania. Health policy and planning. 2007;22(2):95-102.
23. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. The Milbank quarterly. 1996;74(4):511-44. Epub 1996/01/01.
24. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hospital quarterly. 2003;7(1):73-82. Epub 2003/12/17.
25. อติญาณ ศรีเกษตรริน, รสติกร ขวัญชุม, ชุรีพร เอกรัตน์, รุ่งนภา จันทรา, อัจริยา วัชรวิวัฒน์, สุมาลี สุวรรณภักดี, et al. การประเมินผลการรด. Rama Nurs. 2558;21(2).
26. พจนีย์ ครุทวงศ์. ผลสัมฤทธิ์ของการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี. การเมือง การบริหาร และกฎหมาย 7(3).
27. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. 2561; Available from: <http://obt.nhso.go.th/obt/home>.
28. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา. 2559; Available from: <http://localfund.happynetwork.org/>.
29. สำนักข่าวอิสรา. ปลัด มท. ตั้งคณะทำงาน 4 ฝ่าย บริหารงบ 'กองทุนสุขภาพท้องถิ่น' 7 พันล้าน. 2560; Available from: <https://www.isranews.org/isranews/54460-nhso03032017-2.html>.

30. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. จำนวนอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน เทศบาล อบต. และเนื้อที่
รายจังหวัด ปี 2560. 2560; Available from:
<http://www.agriinfo.doae.go.th/year60/general/village60/village60.pdf>.
31. Mayring P, editor. On generalization in qualitatively oriented research. Forum
Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research; 2007.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 โครงการตัวอย่างของ สปสช. 41 โครงการ

ที่	โครงการ	รายละเอียด
<u>โครงการหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด 6 เดือน 6 โครงการ</u>		
1	โครงการลดน้อยพัฒนาการสมวัย เติบโตด้วยนมแม่	จัดทำบัญชีแม่และเด็ก และไปเยี่ยมพร้อมให้ความรู้ต่าง ๆ แก่แม่
2	โครงการการเข้าถึงบริการของ หญิงตั้งครรภ์	-
3	โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการ และลดความเสี่ยงของหญิง ตั้งครรภ์	ลดความเสี่ยงและเพิ่มการเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์ แรก (อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์)
4	โครงการการส่งเสริมสนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	ประชุมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และออกตรวจเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดของ อสม.
5	โครงการส่งเสริมสุขภาพหญิง ตั้งครรภ์เชิงรุก	เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์และกระตุ้นให้ไปฝากครรภ์เร็วที่สุด และให้ความรู้ในการดูแลขณะตั้งครรภ์
6	โครงการให้ความรู้แม่เรื่องเต้านม มะเร็งปากมดลูกและคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกเชิงรุกในพื้นที่ กลุ่มเด็กเล็กก่อนวัยเรียน 4 โครงการ	ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก รวมถึงตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกเชิงรุก
7	โครงการการเฝ้าระวังประเมิน พัฒนาการเด็กปฐมวัย	ฝึกอบรมให้ความรู้ จัดทำทะเบียนเด็ก พร้อมให้อสม. ติดตามเฝ้าระวัง
8	โครงการการส่งเสริมพัฒนาการ และการเรียนรู้ในเด็กเล็กและเด็ก ก่อนวัยเรียน	ฝึกอบรมให้ความรู้ จัดหาอุปกรณ์การเรียนรู้และกระตุ้น พัฒนาการทดแทนของเก่า และตรวจคัดกรองเด็กที่สงสัย พัฒนาการล่าช้า
9	โครงการประเมินและแก้ไขปัญหา ภาวะโภชนาการในเด็กเล็กและ เด็กก่อนวัยเรียน	ตรวจคัดกรองเด็กเล็ก ในทุก 3 เดือน จัดทำทะเบียนเด็กที่ มีน้ำหนักเกินหรือน้อย และร่วมแก้ปัญหากับศูนย์พัฒนา เด็กเล็กและบ้าน รวมถึงจัดหานม ไข่ ให้ครอบครัวที่มี ฐานะยากจน
10	โครงการการส่งเสริมสุขภาพช่อง	อบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและเด็ก และบริการตรวจ

ที่	โครงการ	รายละเอียด
	ปากในเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน	สุขภาพช่องปากและทาฟลูออไรด์วานิชแก่เด็ก
<u>กลุ่มวัยเรียนและเยาวชน 7 โครงการ</u>		
11	โครงการเพิ่มการเข้าถึงการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเชิงรุก	คัดกรองเด็กอายุ 9 18 30 และ 42 เดือน ได้คัดกรองประเมินพัฒนาการ และส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง
12	โครงการป้องกันและแก้ไขโรคโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียน	คัดกรองโลหิตจาง และรักษาการขาดธาตุเหล็กของนักเรียน (นักเรียน ป.1-ม.6)
13	โครงการป้องกันและแก้ไขโรคโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็ก	คัดกรองโลหิตจาง และรักษาการขาดธาตุเหล็กของเด็ก 6 เดือน – 5 ปี
14	โครงการการตรวจคัดกรองและแก้ไขความผิดปกติทางการมองเห็นของนักเรียนตำบลXXX	อบรมและให้ความรู้ด้านการใช้สายตา และตรวจคัดกรองผู้ผิดปกติทางสายตา และให้แว่นตาแก่ผู้มีสายตาผิดปกติ
15	โครงการพัฒนาศักยภาพทีมเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันเด็กจมน้ำ	อบรมให้ความรู้อาสาสมัครในพื้นที่ ได้แก่ หน่วยกู้ชีพ อบพร.ประจำหมู่บ้าน สอนทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ
16	โครงการส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ให้กับเยาวชนตำบลXXX	จัดประชุมให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของ EQ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนและรณรงค์กิจกรรมเรื่องสุรา บุหรี่ และสารเสพติด
17	โครงการพัฒนาศักยภาพผู้นำเด็กและเยาวชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (อสม.จัว)	อบรมกลุ่มผู้นำเด็กและเยาวชนในเรื่องไข้เลือดออก และให้เกิดการรณรงค์และสำรวจลูกน้ำ
<u>กลุ่มวัยทำงาน 6 โครงการ</u>		
18	โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานกลุ่มอาชีพ	สำรวจข้อมูลกลุ่มแรงงานนอกระบบ และจัดอบรมสร้างความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานให้กับกลุ่มแรงงานนอกระบบ และคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพต่าง ๆ
19	โครงการส่งเสริมสุขภาพและ	สร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและ

ที่	โครงการ	รายละเอียด
	ป้องกันโรคจากการทำงานกลุ่มอาชีพ	ป้องกันโรคจากการทำงานให้กับแกนนำกลุ่มแรงงานนอกระบบ และสนับสนุนให้แกนนำนำไปปฏิบัติและถ่ายทอดให้กับสมาชิกกลุ่ม และตรวจคัดกรองแรงงานนอกระบบ
20	โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบอาชีพ	สร้างความรู้ความเข้าใจการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคจากการทำงานให้กับกลุ่มแรงงานนอกระบบอาชีพ
21	โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบในพื้นที่	สร้างความรู้ความเข้าใจการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคจากการทำงานให้กับกลุ่มแรงงานนอกระบบในพื้นที่
22	โครงการการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงานเชิงรุก	สำรวจกลุ่มเป้าหมาย ให้ความรู้ และตรวจสภาวะช่องปาก และให้บริการทันตกรรมที่จำเป็นเบื้องต้น
23	โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง 3 โครงการ	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง และส่งต่อสตรีที่มีผลคัดกรองผิดปกติไปรับการรักษาอย่างเหมาะสม
24	โครงการกำจัดขยะปรับปรุงสิ่งแวดล้อมป้องกันโรคไข้เลือดออก	กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายโดยความร่วมมือของประชาชน ผ่านการอบรมให้ความรู้
25	โครงการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกเพื่อตรวจค้นหาโรคพยาธิใบไม้ตับ	ตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และเมื่อพบไขพยาธิก็ให้ยารักษา
26	โครงการส่งเสริมการปลอดบุหรี่ในชุมชน	รณรงค์ให้สมาชิกในชุมชนเลิกบุหรี่ และป้องกันไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ โดยทำทะเบียนกลุ่มติดบุหรี่ กลุ่มเสี่ยง และเน้นบังคับใช้กฎหมาย และจัดโซนนิ่ง รวมถึงรณรงค์ต่าง ๆ
<u>กลุ่มผู้พิการทุพพลภาพ 1 โครงการ</u>		
27	โครงการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน พื้นที่เทศบาล/ตำบล...	ช่วยเหลือผู้พิการและผู้ป่วยติดเตียงให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยจัดอบรมฝึกทักษะผู้ดูแล รวมถึงให้มีนักกายภาพบำบัดไปช่วยเหลือดูแลร่วมกับผู้ดูแลที่บ้าน
	การบริหารจัดการกองทุน 7(4) 4 โครงการ	
28	โครงการประชุมคณะกรรมการ	ประชุมคณะกรรมการให้อนุมัติแผนงานหรือโครงการ ออก

ที่	โครงการ	รายละเอียด
	กองทุน/ที่ปรึกษา/อนุกรรมการ/ คณะทำงาน	ระเบียบที่จำเป็น รวมถึงตรวจสอบติดตามประเมินผล
29	โครงการพัฒนาศักยภาพการ บริหารจัดการกองทุน...	จัดอบรมให้ความรู้คณะกรรมการกองทุน คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน รวมถึงจัดทำแผนงาน/ โครงการ/กิจกรรม และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ พัฒนาศักยภาพ
30	โครงการจัดซื้อวัสดุและครุภัณฑ์ เพื่อการดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพ	วางแผนและจัดซื้อครุภัณฑ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานกองทุน ฯ
31	โครงการจ้างเหมาพนักงานจ้าง เหมา (ชั่วคราว) ของกองทุน หลักประกันสุขภาพ โครงการตัวอย่าง ชุดที่ 2 10 โครงการ	จ้างพนักงานจ้างเหมาชั่วคราว <u>ผู้สูงอายุ 4 โครงการ</u>
32	โครงการคัดกรองภาวะเสี่ยงโรง หัวใจ หลอดเลือดสมอง ต้อ กระจก และภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ	ฝึกอบรม อสม. และตรวจคัดกรองผู้ป่วย
33	โครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย ลดเสี่ยงโรคเรื้อรัง	จัดอบรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย
34	โครงการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในช่องปากกลุ่ม ผู้สูงอายุ	อบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลช่องปากและฟัน ฝึกการแปรง ฟันและใช้ไหมขัดฟัน และตรวจช่องปากและฟันโดยทันต บาล
35	โครงการเยี่ยม (ผู้สูงอายุบ้านติด เตียง) กำลังสอง	พาสมาชิกชมรมและผู้สนใจปั่นจักรยานไปเยี่ยมผู้ป่วยติด เตียง พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยติดเตียง <u>วัยทำงาน 1 โครงการ</u>
36	โครงการให้สุขศึกษาและคัดกรอง สุขภาพแก่ผู้สัมผัสอาหารพื้นที่...	จัดอบรมให้สุขศึกษาและความรู้การสุขาภิบาลอาหาร ให้แก่ผู้สัมผัสอาหาร ได้แก่ ผู้เตรียมอาหาร ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ ผู้ จำหน่ายอาหาร ผู้เก็บและทำความสะอาดภาชนะใน ร้านอาหาร แผงลอย ตลาดสด

ที่	โครงการ	รายละเอียด
<u>เด็กและเยาวชน 3 โครงการ</u>		
37	โครงการเยาวชนรุ่นใหม่ เรียนรู้ ดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) ปีการศึกษา	อบรมให้นักเรียนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีการ จัดทำแบบบันทึกตรวจสุขภาพ
38	โครงการพัฒนาศายสีบลูกน้ำใน โรงเรียน ... ปี	อบรมให้ความรู้เรื่องไข้เลือดออก วิธีการกำจัดแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงลายแก่นักเรียน และจัดเวทีแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ร่วมกัน
39	โครงการพัฒนาศายสีบลูกน้ำใน โรงเรียน	อบรมครู ผู้ปกครอง และบุคลากรในโรงเรียน รวมถึง นักเรียนที่จะให้กลับไปสำรวจลูกน้ำที่บ้านตนเอง จัดทำ คู่มือและเอกสารต่าง ๆ
<u>เด็กเล็กก่อนวัยเรียน 1 โครงการ</u>		
40	โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อในเด็กปฐมวัย ตำบล	จัดอบรมครูพี่เลี้ยง แม่บ้าน ตัวแทนผู้ปกครองให้มีความรู้ เรื่องโรคติดต่อในเด็กปฐมวัย เช่น อุจจาระร่วง ไข้หวัดใหญ่ โรคมือ เท้า ปาก เป็นต้น และคัดกรองผู้ป่วย
<u>ประชาชนทั่วไปกลุ่มเสี่ยง</u>		
41	โครงการแก้ปัญหาสุขภาพและ ป้องกันโรคที่เกิดจากภัยพิบัติน้ำ ท่วม พื้นที่เทศบาล/ตำบล	ช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติอุทกภัยได้รับการ ดูแลแก้ปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น เช่น จัดทีมเยี่ยม สำรวจปัญหาสุขภาพประชาชน จัดหาบริการในชุมชน และคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงหลังน้ำท่วม

ภาคผนวก 2 ข้อมูลจากการสำรวจแยกตามพื้นที่

ตาราง 12 รูปแบบกิจกรรมและพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมจากกองทุนฯ แยกตามพื้นที่

พฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรม	พื้นที่									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในตำบลเมื่อ 12 เดือนที่ผ่านมา										
มี	31 (88.6)	29 (82.9)	17 (48.6)	30 (85.7)	27 (77.1)	15 (42.9)	2 (5.7)	29 (82.9)	18 (51.4)	23 (65.7)
หน่วยงานผู้จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในตำบลเมื่อ 12 เดือนที่ผ่านมาโดยเรียงลำดับ (เติมเลข 1-6)										
อปท.										
ลำดับ 1	17 (48.6)	0 (0)	7 (20.0)	12 (34.3)	8 (22.9)	4 (11.4)	2 (5.7)	13 (37.1)	4 (11.4)	14 (40.0)
โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลอำเภอ										
ลำดับ 1	6 (17.1)	0 (0)	0 (0)	4 (11.4)	2 (5.7)	11 (31.4)	0 (0)	1 (2.9)	1 (2.9)	4 (11.4)
โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล/สถานีนอนมัย										
ลำดับ 1	5 (14.3)	28 (80)	11 (31.4)	5 (14.3)	12 (34.3)	0 (0)	0 (0)	8 (22.9)	2 (5.7)	3 (8.6)
ประชาชนเป็นผู้ริเริ่มกิจกรรมเอง										
ลำดับ 1	1 (2.9)	1 (2.9)	0 (0)	5 (14.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.9)	12 (34.3)	1 (2.9)
รูปแบบกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในตำบลเมื่อ 12 เดือนที่ผ่านมา										
มีเฉพาะกิจกรรมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเท่านั้น	0 (0)	0 (0)	1 (2.9)	1 (2.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (5.7)	2 (5.7)	0 (0)

พฤติกรรม การเข้าร่วมกิจกรรม	พื้นที่									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
รักษาพยาบาล แก่ “ผู้ป่วย” ในตำบล										
มี	16 (45.7)	25 (71.4)	22 (62.9)	19 (54.3)	22 (62.9)	18 (51.4)	13 (37.1)	28 (80)	21 (60)	13 (37.1)
ไม่มี/ ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	19 (54.3)	10 (28.6)	13 (37.1)	16 (45.7)	13 (37.1)	17 (48.6)	22 (62.9)	7 (20)	14 (40)	22 (62.9)
ระบบให้คำปรึกษาด้านสุขภาพสำหรับ “ผู้ที่มีสุขภาพดี” (ผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรัง และประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ) เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น หรือเพื่อการป้องกันการเกิดโรคในตำบล										
มี	12 (34.3)	23 (65.7)	22 (62.9)	17 (48.6)	21 (60)	10 (28.6)	12 (34.3)	28 (80)	18 (51.4)	13 (37.1)
ไม่มี/ ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	23 (65.7)	12 (34.3)	13 (37.1)	18 (51.4)	14 (40)	25 (71.4)	23 (65.7)	7 (20)	17 (48.6)	22 (62.9)
การจัดทำกิจกรรม หรือมาตรการชุมชน ด้านสุขภาพ ที่ริเริ่มกันเองภายในตำบล จากปัญหาสุขภาพที่เกิดภายในตำบล										
มี	19 (54.3)	14 (40)	14 (40)	18 (51.4)	18 (51.4)	4 (11.4)	3 (8.6)	19 (54.3)	15 (42.9)	4 (11.4)
ไม่มี	16 (45.7)	21 (60)	21 (60)	17 (48.6)	17 (48.6)	31 (88.6)	31 (88.6)	16 (45.7)	20 (57.1)	30 (85.7)
ไม่ตอบ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.9)	0 (0)	0 (0)	1 (2.9)
การจัดทำกิจกรรม หรือมาตรการชุมชน เพื่อส่งเสริมอาชีพ/การหารายได้ของคนในตำบล										
มี	15 (42.9)	26 (74.3)	25 (71.4)	14 (40)	19 (54.3)	13 (37.1)	4 (11.4)	33 (94.3)	7 (20)	9 (25.7)
ไม่มี	20 (57.1)	9 (25.7)	10 (28.6)	21 (60)	16 (45.7)	22 (62.9)	31 (88.6)	2 (5.7)	28 (80)	25 (71.4)

พฤติกรรม การเข้าร่วมกิจกรรม	พื้นที่									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ไม่ตอบ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.9)
การจัดทำนโยบาย หรือมาตรการชุมชน เกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของคนในตำบล										
มี	20 (57.1)	26 (74.3)	20 (57.1)	23 (65.7)	22 (62.9)	5 (14.3)	3 (8.6)	19 (54.3)	11 (31.4)	1 (2.9)
ไม่มี	15 (42.9)	9 (25.7)	15 (42.9)	12 (34.3)	13 (37.1)	30 (85.7)	32 (91.4)	16 (45.7)	24 (68.6)	33 (94.3)
ไม่ตอบ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.9)

ตาราง 13 ความคิดเห็นต่อการดำเนินการกองทุนฯ แยกตามพื้นที่

ความคิดเห็นต่อการดำเนินการกองทุน	พื้นที่									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
การรับรู้เกี่ยวกับกองทุนฯ หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพของตำบล/เทศบาล										
รู้จัก	1 (2.9)	2 (5.7)	7 (20)	4 (11.4)	6 (17.1)	6 (17.1)	9 (25.7)	20 (57.1)	15 (42.9)	12 (34.3)
ไม่รู้จัก/ ไม่แน่ใจ	34 (97.1)	33 (94.3)	28 (80)	31 (88.6)	29 (82.9)	29 (82.9)	26 (74.3)	15 (42.9)	20 (57.1)	23 (65.7)
[เฉพาะกลุ่มที่รู้จักกองทุน] การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของ กองทุนฯ (กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล/เทศบาล)										
ทราบ และมีส่วนร่วมในการจัดการกองทุนฯ เช่น เป็นกรรมการ หรืออนุกรรมการ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (10)	0 (0)	0 (0)

ความคิดเห็นต่อการดำเนินการกองทุน	พื้นที่									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ทราบ และเคยเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดโดยใช้งบประมาณจากกองทุน	0 (0)	1 (50)	0 (0)	2 (50)	1 (16.7)	2 (33.3)	0 (0)	7 (35)	2 (13.3)	5 (41.7)
ทราบ แต่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดโดยใช้งบประมาณจากกองทุน	0 (0)	0 (0)	3 (42.9)	1 (25)	3 (50)	1 (16.7)	6 (66.7)	6 (30)	11 (73.3)	4 (33.3)
ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ/ ไม่ตอบ	1 (100)	1 (50)	4 (57.1)	1 (25)	2 (33.3)	3 (50)	3 (33.3)	5 (25)	2 (13.3)	3 (25)
[เฉพาะกลุ่มที่รู้จักกองทุน] ความคิดเห็นต่อการให้คะแนนความพึงพอใจต่อการทำงานของ คณะกรรมการกองทุนฯ (กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล/เทศบาล)										
น้อยที่สุด – น้อย	0 (0)	0 (0)	1 (14.3)	1 (25)	1 (16.7)	0 (0)	2 (22.2)	1 (5)	1 (6.7)	0 (0)
ปานกลาง	0 (0)	2 (100)	2 (28.6)	1 (25)	5 (83.3)	3 (50)	2 (22.2)	8 (40)	5 (33.3)	5 (41.7)
มาก – มากที่สุด	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (25)	0 (0)	2 (33.3)	5 (55.6)	11 (55)	9 (60)	7 (58.3)
ไม่ตอบ	1 (100)	0 (0)	4 (57.1)	1 (25)	0 (0)	1 (16.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
[เฉพาะกลุ่มที่รู้จักกองทุน] ความคิดเห็นต่อประโยชน์ในการดำเนินงานของกองทุนฯ (กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล/เทศบาล)										
เกิดประโยชน์	0 (0)	2 (100)	2 (28.6)	3 (75)	6 (100)	6 (100)	7 (77.8)	18 (90)	14 (93.3)	11 (91.7)
ไม่เกิดประโยชน์	0 (0)	0 (0)	1 (14.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (22.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ไม่แน่ใจ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (10)	1 (6.7)	0 (0)
ไม่ตอบ	1 (100)	0 (0)	4 (57.1)	1 (25)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (8.3)

ความคิดเห็นต่อการดำเนินการกองทุน	พื้นที่									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ควรมีบทบาท	28 (80)	32 (91.4)	29 (82.9)	29 (82.9)	32 (91.4)	19 (54.3)	20 (57.1)	22 (62.9)	23 (65.7)	23 (65.7)
ไม่ควรมีบทบาท	1 (2.9)	1 (2.9)	2 (5.7)	1 (2.9)	0 (0)	0 (0)	3 (8.6)	1 (2.9)	0 (0)	1 (2.9)
มีหรือไม่มีบทบาทก็ไม่ต่างกัน	6 (17.1)	2 (5.7)	4 (11.4)	5 (14.3)	3 (8.6)	16 (45.7)	12 (34.3)	12 (34.3)	12 (34.3)	9 (25.7)
ไม่ตอบ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (5.7)
ความคิดเห็นต่อนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ รวมถึงบัตรทอง/30 บาท/สิทธิผู้สูงอายุ										
ไม่ควรมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1 (2.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.9)	1 (2.9)	2 (5.7)	0 (0)	1 (2.9)
มีหรือไม่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ไม่ ต่างกัน	3 (8.6)	1 (2.9)	1 (2.9)	0 (0)	1 (2.9)	7 (20)	8 (22.9)	3 (8.6)	2 (5.7)	3 (8.6)
ควรมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	31 (88.6)	34 (97.1)	34 (97.1)	35 (100)	34 (97.1)	27 (77.1)	26 (74.3)	30 (85.7)	33 (94.3)	30 (85.7)
ไม่ตอบ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.9)
คะแนนความพึงพอใจต่อการทำงานในภาพรวมของ อปท. ในตำบล/เทศบาลที่ท่านอยู่อาศัย										
น้อยที่สุด – น้อย	2 (5.7)	3 (8.6)	8 (22.9)	4 (11.4)	1 (2.9)	1 (2.9)	5 (14.3)	3 (8.6)	3 (8.6)	6 (17.1)
ปานกลาง	18 (51.4)	22 (62.9)	22 (62.9)	19 (54.3)	23 (65.7)	27 (77.1)	23 (65.7)	22 (62.9)	14 (40)	16 (45.7)
มาก – มากที่สุด	15 (42.9)	10 (28.6)	5 (14.3)	12 (34.3)	11 (31.4)	7 (20)	7 (20)	10 (28.6)	18 (51.4)	13 (37.1)
ไม่ตอบ	2 (5.7)	3 (8.6)	8 (22.9)	4 (11.4)	1 (2.9)	1 (2.9)	5 (14.3)	3 (8.6)	3 (8.6)	6 (17.1)

ภาคผนวก 3 รายชื่อแหล่งงบประมาณอื่นๆ ในพื้นที่

ลำดับ	ชื่อกองทุน/งบประมาณ
1.	กองทุนโรงไฟฟ้า
2.	ทุนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
3.	กองทุนเหมืองแร่
4.	กองทุนเงินล้านกองทุนหมู่บ้าน
5.	กองทุนเงินล้านกองทุนหมู่บ้าน
6.	งบประมาณจาก สสส.

ภาคผนวก 4 ตัวอย่างโครงการบริหารจัดการกองทุน

แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครตรัง

รหัสโครงการ	๒๕๖๑-๒๖๘๙๖-๔-๐๑
ชื่อโครงการ/กิจกรรม	บริหารจัดการและพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑
ชื่อกองทุน	กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครตรัง
	<input type="checkbox"/> สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๗(๓)] <input checked="" type="checkbox"/> สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๗(๕)]
หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ	กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครตรัง -ไม่จัดเข้ากลุ่มตามประกาศฯ-
ชื่อองค์กร/กลุ่มคน (๕ คน)	ชื่อองค์กร กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครตรัง
วันอนุมัติ	๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐
ระยะเวลาดำเนินโครงการ	ตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑
งบประมาณ	จำนวน ๗๐๘,๐๗๕ บาท
หลักการและเหตุผล (ระบุที่มาของการทำโครงการ) <p>ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗ (๔) สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพในแต่ละปีงบประมาณนั้น และในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อซื้อครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ครุภัณฑ์นั้นจะต้องมีราคาไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท ต่อหน่วย โดยการจัดซื้อ จัดจ้างให้ใช้ระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยอนุโลม และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้อยู่ในความดูแลและบำรุงรักษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ</p> <p>สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครตรัง จึงของบประมาณในการบริหารจัดการและพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เพื่อให้การบริหารจัดการและการปฏิบัติงานของสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวกในการรายงานระบบออนไลน์และจัดทำรายงานกองทุนตลอดจนการควบคุมและกำกับดูแลการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครตรัง เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารจัดการและพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครตรัง บังเกิดผลดีต่อทางราชการต่อไป ทั้งปัจจุบันและอนาคต</p>	

วิธีดำเนินการ (ออกแบบให้ละเอียด)

๑. การวางแผนงาน

- ประชุมเจ้าหน้าที่กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ กำหนดแผนการดำเนินงาน
- ประชุมคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ พิจารณาโครงการฯ
- ประชุมคณะอนุกรรมการติดตามและประเมินผลฯ
- ประชุมคณะทำงาน
- ประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน

- จัดทำหนังสือเชิญประชุม/ระเบียบวาระการประชุม
- ติดต่อประสานงานกับคณะกรรมการ
- จัดซื้อ/จัดจ้าง วัสดุ อุปกรณ์/ครุภัณฑ์สำนักงานและอื่น ๆ ในการดำเนินงาน
- ขออนุมัติจัดซื้อ/เบิกจ่าย/ยืมเงินและค่าใช้จ่าย ดังนี้
 - ค่าจ้างพนักงานจ้างกองทุนฯ
 - ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ
 - ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาบุคลากร ประกอบด้วยคณะกรรมการต่าง ๆ ผู้รับผิดชอบกองทุนฯ และผู้เกี่ยวข้อง
 - ค่าตอบแทนในการประชุม เช่น ค่าตอบแทนกรรมการ อนุกรรมการ คณะทำงาน
 - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม อาหารกลางวัน
 - ค่ารับรองและพิธีการ
- จัดเตรียมสถานที่ในการประชุม

๓. ดำเนินการจัดประชุมตามแผนงานและวาระที่กำหนด

- จัดประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ อย่างน้อย ๖ ครั้ง/ปี
- จัดประชุมคณะอนุกรรมการกองทุนฯ อย่างน้อย ๑๐ ครั้ง/ปี
- จัดประชุมคณะอนุกรรมการติดตามและประเมินผลโครงการ อย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี
- จัดประชุมคณะทำงานกองทุนฯ อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี
- จัดประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. การบริหารจัดการและการปฏิบัติงานของกองทุนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
๒. แผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมที่ผ่านการอนุมัติเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน
๓. การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
๔. มีความสะดวกในการรายงานระบบออนไลน์และจัดทำรายงานของกองทุนฯ

เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด
วัตถุประสงค์โดยตรง	
วัตถุประสงค์ ข้อที่ ๑ เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการและการปฏิบัติงานของกองทุนให้มีประสิทธิภาพ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ ๑. กองทุนหลักประกันสุขภาพสามารถบริหารจัดการและปฏิบัติงานอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
ข้อที่ ๒ เพื่อความสะดวกในการรายงานระบบออนไลน์ และจัดทำรายงานของกองทุนฯ	๒. กองทุนหลักประกันสุขภาพสามารถรายงานการดำเนินงาน ในระบบออนไลน์ได้อย่างสะดวกรวดเร็ว
ข้อที่ ๓ เพื่อควบคุมและกำกับดูแลการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด	๓. กองทุนหลักประกันสุขภาพสามารถควบคุม กำกับดูแล การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สินได้อย่างถูกต้องเป็นไปตามระเบียบฯ
ข้อที่ ๔ เพื่อกำกับดูแลให้หน่วยงาน หรือกลุ่มหรือองค์กร ผู้ที่ได้รับอนุมัติงบประมาณ ให้เป็นไปตามแผนงาน โครงการที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ และตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกำหนด	๔. กองทุนหลักประกันสุขภาพสามารถกำกับดูแลหน่วยงาน ที่ได้รับอนุมัติงบประมาณ เป็นไปตามแผนงานที่กำหนด

กิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย

ระบุชนิดกิจกรรมหลัก เช่น ประชุม อบรม รณรงค์ จัดบริการ การจัดซื้อ	งบประมาณ	ระบุเวลา
๑. ประชุม		
๑.๑ จัดประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ	- ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับกรรมการหรือที่ปรึกษา จำนวน ๑๔ คน ๆ ละ ๔๐๐ บาท จำนวน ๖ ครั้ง เป็นเงิน ๔๕,๖๐๐ บาท - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มคณะกรรมการบริหารฯ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน ๒๕ คน ๆ ละ ๒๕ บาท จำนวน ๖ ครั้ง เป็นเงิน ๓,๗๕๐ บาท - ค่าอาหารกลางวัน คณะกรรมการบริหารฯ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน ๒๕ คน มื้อละ ๗๕ บาท จำนวน ๖ ครั้ง เป็นเงิน ๑๑,๒๕๐ บาท รวมเป็นเงิน ๖๐,๖๐๐ บาท	๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๑ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ๒๔ กันยายน ๒๕๖๑
๑.๒ จัดประชุม คณะอนุกรรมการฯ	- ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับอนุกรรมการ จำนวน ๑๑ คน ๆ ละ ๓๐๐ บาท จำนวน ๑๐ ครั้ง เป็นเงิน ๓๓,๐๐๐ บาท - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับคณะอนุกรรมการฯ และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน ๑๕ คน ๆ ละ ๒๕ บาท จำนวน ๑๐ ครั้ง เป็นเงิน ๓,๗๕๐ บาท - ค่าอาหารกลางวัน คณะอนุกรรมการฯ รวมทั้งเจ้าหน้าที่	๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๐ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๑ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๑ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๑

	ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน ๑๕ คน มื้อละ ๗๕ บาท จำนวน ๕ ครั้ง เป็นเงิน ๕,๖๒๕ บาท รวมเป็นเงิน ๔๒,๓๗๕ บาท	๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๑
๑.๓ จัดประชุม คณะกรรมการติดตามและ ประเมินผลโครงการ	- ค่าตอบแทนในการประชุมคณะกรรมการติดตามฯ ๗ คน ๆ ละ ๓๐๐ บาท จำนวน ๔ ครั้ง เป็นเงิน ๘,๔๐๐ บาท - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับคณะกรรมการ ติดตามฯและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการประชุม ๑๐ คน ๆ ละ ๒๕ บาท จำนวน ๔ ครั้ง เป็นเงิน ๑,๐๐๐ บาท - ค่าอาหารกลางวันการประชุมคณะกรรมการติดตามฯ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง มื้อละ ๗๕ บาท จำนวน ๑๐ คน จำนวน ๒ ครั้ง เป็นเงิน ๑,๕๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๑๐,๙๐๐ บาท	๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๐ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๑ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๑
๑.๔ จัดประชุมคณะกรรมการ กองทุนฯ	- ค่าตอบแทนในการประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ ๔๐ คน ๆ ละ ๒๐๐ บาท จำนวน ๒ ครั้ง เป็นเงิน ๑๖,๐๐๐ บาท - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับคณะกรรมการและ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการประชุม ๔๕ คน ๆ ละ ๒๕ บาท จำนวน ๒ ครั้ง เป็นเงิน ๒,๒๕๐ บาท - ค่าอาหารกลางวัน การประชุมคณะกรรมการรวมทั้ง เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง มื้อละ ๗๕ บาท จำนวน ๔๕ คน จำนวน ๒ ครั้ง เป็นเงิน ๖,๗๕๐ บาท รวมเป็นเงิน ๒๔,๐๐๐ บาท	๕ มกราคม ๒๕๖๑ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๑
๑.๕ จัดประชุม คณะกรรมการสนับสนุนการ จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- ค่าตอบแทนคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการ ดูแลระยะยาวฯ ๑๔ คน ๆ ละ ๓๐๐ บาท จำนวน ๔ ครั้ง เป็นเงิน ๑๖,๘๐๐ บาท - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับคณะกรรมการ สนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ และเจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้องในการประชุม ๒๐ คน ๆ ละ ๒๕ บาท จำนวน ๔ ครั้ง เป็นเงิน ๒,๐๐๐ บาท - ค่าอาหารกลางวันการประชุมคณะกรรมการสนับสนุน การจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้อง มื้อละ ๗๕ บาท จำนวน ๒๐ คน จำนวน ๒ ครั้ง เป็นเงิน ๓,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๒๑,๘๐๐ บาท	๕ ตุลาคม ๒๕๖๐ ๕ มกราคม ๒๕๖๑ ๖ เมษายน ๒๕๖๑ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑
๒. ค่าจ้างพนักงานจ้างกองทุนฯ		
๒.๑ ค่าจ้างพนักงานจ้าง กองทุนฯ	- ค่าจ้างพนักงานจ้างฯ (นางสาววรรณา หนูจีน) จำนวน ๑๒ เดือน ๆ ละ ๑๕,๐๐๐ บาท เป็นเงิน ๑๘๐,๐๐๐ บาท - สมทบเงินประกันสังคมพนักงานจ้างฯ (นางสาววรรณา	๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑

	หยุดเงิน) จำนวน ๑๒ เดือน ๆ ละ ๗๕๐ บาท เป็นเงิน ๙,๐๐๐ บาท - ค่าจ้างพนักงานจ้างฯ (เพิ่ม ๑ คน) จำนวน ๑๒ เดือน ๆ ละ ๙,๐๐๐ บาท เป็นเงิน ๑๐๘,๐๐๐ บาท - สมทบเงินประกันสังคม จำนวน ๑๒ เดือน ๆ ละ ๔๕๐ บาท เป็นเงิน ๕,๔๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๓๐๒,๔๐๐ บาท	
๓. จัดซื้อจัดจ้าง		
๓.๑ จัดซื้อจัดจ้างพัสดุ/ ครุภัณฑ์	- จัดซื้อวัสดุประจำสำนักงานกองทุนฯ เช่น ตู้เก็บเอกสาร ชั้นเอนกประสงค์ หมึกพรีนเตอร์ เป็นเงิน ๓๐,๐๐๐ บาท - จัดจ้างถ่ายเอกสาร เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท - จัดซื้อ Notebook ๑ เครื่อง เป็นเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๕๕,๐๐๐ บาท	
๔. ค่าใช้จ่ายในการพัฒนา บุคลากรฯ		
๔.๑ จัดอบรมให้ความรู้ จัดทำ แผน/โครงการ/กิจกรรม และ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ พัฒนาศักยภาพ	- จัดอบรมให้ความรู้ จัดทำแผน/โครงการ/กิจกรรม และจัด เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพ (ศึกษาดูงาน) (กลุ่มเป้าหมายคณะกรรมการกองทุน คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน แกนนำสุขภาพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง) เป็น เงิน ๑๕๐,๐๐๐ บาท - ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการเป็นเงิน ๓๐,๐๐๐บาท - ค่ารับรองและพิธีการ เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๑๙๐,๐๐๐ บาท	๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๗๐๘,๐๗๕ บาท หมายเหตุ : ค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้	
การใช้งบประมาณเป็นไปตามประกาศฯ ปี พ.ศ.๒๕๕๗ ข้อ ๗(๔)		
คำนวณจากยอดประชากร ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐ จำนวน ๕๙,๗๕๒ คน		
เงินสมทบจากสปสช. (๕๙,๗๕๒ x ๔๕)	เป็นเงิน ๒,๖๘๘,๘๔๐ บาท	
เงินสมทบจากเทศบาล ๖๐%	เป็นเงิน ๑,๖๑๓,๓๐๔ บาท	
เงินสมทบ LTC (๙๕ x ๕,๐๐๐)	เป็นเงิน ๔๗๕,๐๐๐ บาท	
รวมรายรับ	เป็นเงิน ๔,๗๗๗,๑๔๔ บาท	
ค่าบริหารจัดการกองทุนฯ ๑๕%	คิดเป็นเงิน ๗๑๖,๕๗๑.๖๐ บาท	

๗. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง ๑ รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

๗.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ.

๒๕๕๗ ข้อ ๗)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครตรัง

- ไม่ต้องจัดเข้ากลุ่มตามประกาศฯ

๗.๒ ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)

☒ ๗.๒.๔ สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]

๗.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ.

๒๕๕๗)

☒ ๗.๓.๘ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]

หมายเหตุ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครตรัง ได้อนุมัติแผนงานบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ในการประชุมฯ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ แล้ว

ลงชื่อ.....

(นายสมหมาย ยอดเพชร)

หัวหน้าสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

ลงชื่อ.....

(นายรักเกียรติ ชูแสง)

เลขานุการกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

ลงชื่อ.....

(นายเกรียงศักดิ์ รัตนสิมานนท์)

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

ภาคผนวก 5 ตัวอย่างโครงการงบประมาณเกิน 100,000 บาท 1

แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครตรัง

รหัสโครงการ	๒๕๖๑-๒๕๖๑-๑-๐๔
ชื่อโครงการ/กิจกรรม	โครงการเยี่ยมบ้านด้วยคุณภาพ ปี ๒๕๖๑
ชื่อกองทุน	กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครตรัง
	<input checked="" type="checkbox"/> สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์ประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๗(๓)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๗(๕)]
หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ	<input checked="" type="checkbox"/> หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. <input type="checkbox"/> หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล <input type="checkbox"/> หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. <input type="checkbox"/> หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน กองการศึกษาฯ <input type="checkbox"/> กลุ่มหรือองค์กรประชาชนตั้งแต่ ๕ คน
ชื่อองค์กร/กลุ่มคน (๕ คน)	ชื่อองค์กร โรงพยาบาลตรัง กลุ่มคน (ระบุ ๕ คน) ๑. นายไกรสร โตทับเที่ยง ๒. นางปรีดา สารลักษณ์ ๓. นางสาวธารทิพย์ ไกรเทพ ๔. นางสาวเสาวนีย์ ศรีวิจิตร
วันอนุมัติ	๘ ธันวาคม ๒๕๖๐
ระยะเวลาดำเนินโครงการ	ตั้งแต่วันที่ ๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ถึง วันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

งบประมาณ	จำนวน ๑๕๔,๒๗๐ บาท (หนึ่งแสนห้าหมื่นสี่พันสองร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)
<p>หลักการและเหตุผล (ระบุที่มาของการทำโครงการ)</p> <p>ชุมชนในเขตเทศบาลนครตรัง มีผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องเฝ้าบ้านโดยสหวิชาชีพ จำนวน ๓๓๔ ราย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะมีสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและความต้องการ การช่วยเหลือที่บ้าน โดยมีทั้งผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ จำนวน ๑๑๙ ราย ช่วยตนเองได้เล็กน้อย จำนวน ๑๓๕ ราย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และมีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน ๘๐ ราย และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทำหัตถการทั้งสิ้น ๗๑ ราย โดยแยกเป็น Nasogastric tube(NG) ๓๖ ราย Foley's cath ๑๘ ราย Tracheostomy ๑๕ ราย และมีผู้พิการ ๕๑๓ ราย แยกเป็นผู้พิการทางการมองเห็น ๒๖ ราย ผู้พิการทางการได้ยิน/สื่อความหมาย ๗๔ ราย ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว/ร่างกาย ๓๐๕ ราย ผู้พิการทางจิตใจ/พฤติกรรม/ออทิสติก ๒๘ ราย ผู้พิการทางสติปัญญา ๕๗ ราย ผู้พิการทางการเรียนรู้ ๔ ราย ผู้พิการซ้ำซ้อน ๑๙ ราย โดยผู้ดูแลบางส่วนยังขาดความรู้และทักษะ ในการดูแลตามสภาพผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อที่จะส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย พื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยให้ใกล้เคียงกับสุขภาพร่างกายและไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อนมากขึ้น</p> <p>กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลตรัง ได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการ จึงได้จัดทำ “โครงการเฝ้าบ้านด้วยคุณภาพ ปี ๒๕๖๑ ” ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการ ได้รับการดูแลแบบองค์รวม และผู้ดูแลได้มีความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อจะได้ฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่ป่วยและสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติ</p>	
<p>วิธีดำเนินการ (ออกแบบให้ละเอียด)</p> <p><u>ขั้นเตรียมการ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติงบประมาณ ๒. ประชุมชี้แจงโครงการและกิจกรรมผู้ที่เกี่ยวข้อง ๓. เยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการโดยทีมสหวิชาชีพ <p><u>ขั้นดำเนินงาน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สำรวจและจัดทำทะเบียนผู้ป่วย Home Health Care และผู้พิการ ในชุมชนทั้งรายเก่า/รายใหม่ ๒. จัดประชุมทีมงานสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วย และผู้พิการรายกรณีอย่างถูกต้องและเหมาะสม ๓. จัดอบรมให้ความรู้ ผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้พิการ/ผู้ดูแล/อสม. ๔. กิจกรรมการดูแล/ตรวจสุขภาพและเยี่ยมผู้พิการที่บ้าน ๕. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพ ๖. ติดตามประเมินผลและสรุปโครงการ 	

ผลที่คาดว่าจะได้รับ ผู้ป่วย Home Health Care / ผู้พิการ / ผู้ดูแล และอสม. ได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง และผู้ป่วย อย่างถูกต้อง และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน มีฐานข้อมูลพร้อมรายละเอียดของผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งการดูแลเยี่ยมบ้านมีคุณภาพตามเกณฑ์ตัวชี้วัด	
เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด
วัตถุประสงค์โดยตรง	
วัตถุประสงค์ ข้อที่ ๑ เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการแบบองค์รวมและเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ - มีข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย Home Health Care พร้อมทั้งแยกแยะระดับถูกต้องครบถ้วน - มีข้อมูลพื้นฐานผู้พิการ พร้อมทั้งแยกประเภทอย่างถูกต้อง
ข้อที่ ๒ เพื่อให้ผู้ป่วย Home Health Care และผู้พิการได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์คุณภาพตามตัวชี้วัดของการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วย Home Health Care และผู้พิการ ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์คุณภาพตามตัวชี้วัดของการเยี่ยมบ้าน	เกิดคุณภาพการเยี่ยมบ้านที่ได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดดังต่อไปนี้ - ตัวชี้วัดที่ ๑ อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านมากกว่าร้อยละ ๘๐ - ตัวชี้วัดที่ ๒ อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./รพท./รพช. ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน ๑๔ วัน - ตัวชี้วัดที่ ๓ จำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ไม่น้อยกว่า ๖ ชั่วโมง/สัปดาห์/คน - ตัวชี้วัดที่ ๔ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่บ้านไม่เกินร้อยละ ๕ - ตัวชี้วัดที่ ๕ ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้ร้อยละ ๕๐ - ตัวชี้วัดที่ ๖ อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ ๓ ถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน ๕ วัน - ตัวชี้วัดที่ ๗ ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ - ตัวชี้วัดที่ ๘ ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ - ผู้พิการได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

กิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย

ระบุชนิดกิจกรรมหลัก เช่น ประชุม อบรม จัดบริการ การจัดซื้อ	งบประมาณ	ระยะเวลา
<p>๑. จัดทำแฟ้มประวัติเยี่ยมผู้ป่วยเยี่ยมบ้านและผู้พิการ พร้อมแยกประเภท</p> <p>- ผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน(HHC) จำนวน ๓๓๔ คน แยกเป็น ๓ กลุ่ม โดยการแบ่งระดับจากสันแฟ้ม</p> <p>ระดับที่ ๑ สีเขียว</p> <p>ระดับที่ ๒ สีเหลือง</p> <p>ระดับที่ ๓ สีแดง</p> <p>ผู้พิการสันแฟ้มสีเหลืองเข้ม จำนวน ๓๐๐ คน</p>	<p>- สันแฟ้มสีเขียว(๕ มม.) จำนวน ๑๑๙ อันๆละ ๕ บาท เป็นเงิน ๕๙๕ บาท</p> <p>- สันแฟ้มสีเหลือง(๕ มม.) จำนวน ๑๓๕ อันๆละ ๕ บาท เป็นเงิน ๖๗๕ บาท</p> <p>- สันแฟ้มสีแดง(๕ มม.)จำนวน ๘๐ อันๆ ละ ๕ บาท เป็นเงิน ๔๐๐ บาท</p> <p>- สันแฟ้มสีเหลืองเข้ม(๕ มม.) จำนวน ๓๐๐ อันๆละ ๕ บาท เป็นเงิน ๑,๕๐๐ บาท</p> <p>- กระดาษทำปากสีชมพู ๖๖๘ แผ่น(ริมละ ๑๕๐แผ่น) จำนวน ๕ ริมๆละ ๑๒๐ บาท เป็นเงิน ๖๐๐บาท</p> <p>- กระดาษทำปากสีเหลือง๖๐๐ แผ่น(ริมละ๑๕๐แผ่น) จำนวน ๕ ริมๆ ละ ๑๒๐ บาท เป็นเงิน ๖๐๐ บาท</p> <p>- แผ่นใสรองปก (ริมละ๑๐๐แผ่น)จำนวน ๙ ริมๆ ละ ๒๐๐ บาท เป็นเงิน ๑,๘๐๐ บาท</p> <p>รวมเป็นเงิน ๖,๑๗๐ บาท</p> <p>(หกพันหนึ่งร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)</p>	
<p>๒. กิจกรรมจัดอบรมให้ความรู้ ผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้พิการ/ผู้ดูแล/อสม.</p>	<p>- ค่าอาหารว่าง – เครื่องดื่มสำหรับผู้รับการอบรมและวิทยากร จำนวน ๒๐๐ คนๆ ละ ๓๐ บาท จำนวน ๒ มื้อ เป็นเงิน ๑๒,๐๐๐ บาท</p> <p>- ค่าอาหารกลางวัน สำหรับผู้รับการอบรมและวิทยากร จำนวน ๒๐๐ คนๆ ละ ๘๐ บาท จำนวน ๑ มื้อ เป็นเงิน ๑๖,๐๐๐ บาท</p> <p>- ค่ายานพาหนะผู้ป่วย/ผู้ดูแล ในการเข้ารับการอบรม ๒๐๐ คนๆละ๑๐๐ บาท เป็นเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท</p> <p>- เอกสาร/อุปกรณ์ประกอบการอบรม จำนวน ๒๐๐ ชุดๆละ ๑๐๐ บาท เป็นเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท</p> <p>- ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน ๖ ชั่วโมงๆ ละ ๓๐๐ บาท เป็นเงิน ๑,๘๐๐ บาท</p> <p>รวมเป็นเงิน ๖๙,๘๐๐ บาท</p> <p>(หกหมื่นเก้าพันแปดร้อยบาทถ้วน)</p>	

ระบุชนิดกิจกรรมหลัก เช่น ประชุม อบรม จัดบริการ การจัดซื้อ	งบประมาณ	ระยะเวลา
๓. การดูแล/ตรวจสอบสุขภาพและเยี่ยมผู้พิการที่บ้าน ๓.๑ กิจกรรมติดตามดูแลผู้พิการที่บ้าน (ไม่ใช้งบประมาณ) ๓.๒ กิจกรรมติดตามตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นผู้พิการที่บ้าน จำนวน ๔๘๖ คน	- ค่าแผ่นตรวจเลือดบริเวณปลายนิ้ว พร้อมเข็มเจาะเลือด จำนวน ๑๕ กล่อง (๕๐ ชิ้น) กล่องละ ๖๐๐ บาท เป็นเงิน ๙,๐๐๐ บาท - ค่าแผ่นตรวจเลือดหาไขมันในเลือด จำนวน ๑๕ กล่อง (๒๕ ชิ้น) กล่องละ ๒,๐๐๐ บาท เป็นเงิน ๓๐,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๓๙,๐๐๐ บาท (สามหมื่นเก้าพันบาทถ้วน)	
๔. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพ	- ค่าอาหารว่าง-เครื่องดื่ม สำหรับผู้ป่วยและญาติทุกชุมชนในเขตเทศบาลนครตรัง จำนวน ๒๗๐ คนๆ ละ ๓๐ บาท เป็นเงิน ๘,๑๐๐ บาท - ค่าอาหารว่าง - เครื่องดื่ม สำหรับภาคีเครือข่าย/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและวิทยากรดำเนินการ จำนวน ๒๐ คนๆ ละ ๓๐ บาท เป็นเงิน ๖๐๐ บาท - ค่าตอบแทนในการเข้าร่วมกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลในการเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน ๒๗๐ คนคนละ ๑๐๐ บาท เป็นเงิน ๒๗,๐๐๐ บาท - ค่าตอบแทนวิทยากรในการเสวนา จำนวน ๒ ชั่วโมง จำนวน ๖ คนๆ ละ ๓๐๐ บาท เป็นเงิน ๓,๖๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๓๙,๓๐๐ บาท (สามหมื่นเก้าพันสามร้อยบาทถ้วน)	
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด	รวมเป็นเงิน ๑๕๔,๒๗๐ บาท (หนึ่งแสนห้าหมื่นสี่พันสองร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)	

๗. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง ๑ รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อบท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

๗.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ.

๒๕๕๗ ข้อ ๗)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลตรัง

☒ ๗.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

๗.๒ ประเภหการสนับสนุน(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)

☒ ๗.๒.๑ สนับสนุนการบริหารจัดการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)]

๗.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. ๒๕๕๗)

☒ ๗.๓.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

☒ ๗.๓.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

๗.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

☒ ๗.๔.๕.๒ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

☒ ๗.๔.๕.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

☒ ๗.๔.๕.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

☒ ๗.๔.๕.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

☒ ๗.๔.๕.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

☒ ๗.๔.๕.๒.๕ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

☒ ๗.๔.๕.๒.๖ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

☒ ๗.๔.๕.๒.๗ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

☒ ๗.๔.๕.๒.๘ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็ง

☒ ๗.๔.๖ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

☒ ๗.๔.๖.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

☒ ๗.๔.๖.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

☒ ๗.๔.๖.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

☒ ๗.๔.๖.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

☒ ๗.๔.๖.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

☒ ๗.๔.๖.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

☒ ๗.๔.๖.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

ลงชื่อ ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(นายไกรสร โตทับเที่ยง)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลตรัง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ลงชื่อ หัวหน้าหน่วยงาน

(นางจิรวรรณ อารยะพงษ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ภาคผนวก 6 ตัวอย่างโครงการงบประมาณเกิน 100,000 บาท 2

แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครตรัง

รหัสโครงการ	๒๕๖๑-๑๖๕๕๖-๑-๐๒
ชื่อโครงการ/กิจกรรม	โครงการรู้เร็วรู้ทันโรคหลอดเลือดสมอง, หัวใจ(Stroke alert, Heart alert) ในเขตเทศบาลนครตรัง ปี ๒๕๖๑
ชื่อกองทุน	กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลนครตรัง
	<input checked="" type="checkbox"/> สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๗(๓)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)] <input type="checkbox"/> สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๗(๕)]
หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ	<input checked="" type="checkbox"/> หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. <input type="checkbox"/> หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล <input type="checkbox"/> หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. <input type="checkbox"/> หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน กองการศึกษาฯ <input type="checkbox"/> กลุ่มหรือองค์กรประชาชนตั้งแต่ ๕ คน
ชื่อองค์กร/กลุ่มคน (๕ คน)	ชื่อองค์กร โรงพยาบาลตรัง กลุ่มคน (ระบุ ๕ คน) ๑. นายไกรสร โตทับเที่ยง ๒. นางปรีดา สารลักษณ์ ๓. นางสาวณศิริ ประทุม ๔. นางสาวเสาวนีย์ ศรีวิจิตร
วันอนุมัติ	๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐
ระยะเวลาดำเนินโครงการ	ตั้งแต่ วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ถึง วันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

พื้นที่	
เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด
วัตถุประสงค์โดยตรง	
วัตถุประสงค์ ข้อที่ ๑ เพื่อให้ประชาชน ในเขตเทศบาลนครตรัง ได้รู้ถึง อาการที่ผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง,หัวใจ และมา รับการรักษาได้ทันเวลา ตามเกณฑ์มาตรฐานในการดูแล รักษา	ตัวชี้วัดความสำเร็จ - ประชาชน ในเขตเทศบาลนครตรัง ได้รู้ถึงอาการที่ผิดปกติ ของโรคหลอดเลือดสมอง,หัวใจ และมารับการรักษาได้ ทันเวลา ตามเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลรักษา (-โรคหัวใจ ภายใน ๑๐ นาที, - โรคหลอดเลือดสมอง ภายใน ๓ ชั่วโมง)

กิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย

ระบุชนิดกิจกรรมหลัก เช่น ประชุม อบรม จัดบริการ การจัดซื้อ	งบประมาณ	ระบุเวลา
๑. กิจกรรมการให้ความรู้และป้องกันการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ แก่ อสม.	- ค่าอาหารว่าง-เครื่องดื่ม จำนวน ๒๕๐ คนๆ ละ ๒๕ บาท เป็นเงิน ๗,๒๕๐ บาท - ค่าคู่มือความรู้แนวทางดูแลโรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ จำนวน ๒๕๐ เล่มๆ ละ ๘๐ บาท เป็นเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท - ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๓๐๐ บาท เป็นเงิน ๖๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๓๑,๐๕๐ บาท (สามหมื่นหนึ่งพันห้าสิบบาทถ้วน)	
๒. กิจกรรมรู้เร็วรู้ทันโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ โดยการแจกสื่อประชาสัมพันธ์โดย อสม. ทุกหลังคาเรือน ค่าไว้นิลประชาสัมพันธ์ทั้ง เขตเทศบาลนครตรัง และสื่อประชาสัมพันธ์ ประจำครอบครัว	- ค่าไว้นิลประชาสัมพันธ์ทั้งเขตเทศบาลนครตรัง ๒๗ ชุมชนๆ ละ ๔ แผ่น จำนวน ๑๐๘ แผ่นๆ ละ ๒๕๐ บาท (๑๐๘ x ๒๕๐) เป็นเงิน ๒๗,๐๐๐ บาท - ค่าสื่อประชาสัมพันธ์ประจำครอบครัว(สื่อให้ ความรู้รู้ทันโรคหลอดเลือดสมอง,หัวใจ กระดาษ อาร์ตมันขนาด A4 พิมพ์สี) จำนวน ๑๖,๕๘๓ แผ่นๆ ละ ๖ บาท เป็นเงิน ๙๙,๔๙๘ บาท รวมเป็นเงิน ๑๒๖,๔๙๘ บาท (หนึ่งแสนสองหมื่นหกพันสี่ร้อยเก้าสิบบาทถ้วน)	
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด	รวม ๑๕๗,๕๔๘ บาท(หนึ่งแสนห้าหมื่นเจ็ดพันห้า ร้อยสี่สิบบาทถ้วน)	

๗. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง ๑ รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการ
การจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติ
แล้ว)

๗.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ.
๒๕๕๗ ข้อ ๗)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลตรัง

☒ ๗.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

๗.๒ ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)

☒ ๗.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)]

๗.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ.
๒๕๕๗)

☒ ๗.๓.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

๗.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

๗.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

☒ ๗.๔.๗ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

☒ ๗.๔.๗.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

☒ ๗.๔.๗.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

☒ ๗.๔.๗.๕ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

ลงชื่อ ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(นายไกรสร โตทับเที่ยง)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลตรัง

วันที่-เดือน-พ.ศ.

ลงชื่อ หัวหน้าหน่วยงาน

(นางจิรวรรณ อารยะพงษ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

วันที่-เดือน-พ.ศ.